Los grandes problemas de México

▪ I ▪

POBLACIÓN

Brígida García y Manuel Ordorica
coordinadores



Los grandes problemas de México

I

POBLACIÓN

Los grandes problemas de México

Coordinadores generales
Manuel Ordorica y *Jean-François Prud'homme*

I

POBLACIÓN

Brígida García y *Manuel Ordorica*
coordinadores



EL COLEGIO DE MÉXICO

320.972
G752
v. 1

Población / Brígida García y Manuel Ordorica, coordinadores -- 1a. ed. --
México, D.F. : El Colegio de México, 2010
453 p. ; 22 cm. -- (Los grandes problemas de México ; v. 1)

ISBN 978-607-462-111-2 (obra completa)
ISBN 978-607-462-122-8 (volumen I)

1. México -- Población -- Historia. 2. Previsión demográfica -- México. 3. Salud pública -- México. I. García Guzmán, Brígida, 1947. II. Ordorica, Manuel, 1946. III. Serie



Primera edición, 2010

DR © El Colegio de México, A.C.
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D.F.
www.colmex.mx

ISBN 978-607-462-111-2 (obra completa)
ISBN 978-607-462-122-8 (volumen I)

Impreso en México

ÍNDICE GENERAL

Presentación 9

Introducción general: Análisis y debates sobre la población de México a comienzos del siglo XXI 11
Brígida García y *Manuel Ordorica*

1. Las proyecciones de la población hasta la mitad del siglo XXI 29
Manuel Ordorica

2. Envejecimiento demográfico 53
Roberto Ham Chande

3. Evolución de la mortalidad: pasado, presente y futuro 79
Alejandro Mina Valdés

4. Desafíos de la atención a la salud 105
Rosario Cárdenas

5. El VIH/sida: un nuevo reto para la salud pública 137
Fátima Juárez y *Cecilia Gayet*

6. Hacia un nuevo modelo de nupcialidad 173
Julieta Quilodrán

7. Salud reproductiva y desigualdades en la población 213
Ivonne Szasz y *Susana Lerner*

EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS 1940-2010

8. La construcción de la titularidad para el ejercicio de los derechos reproductivos 253
Juan Guillermo Figueroa Perea

9. Hombres y reproducción 291
Olga Rojas

10. Migración interna 325
Virgilio Partida Bush

11. Población económicamente activa: evolución y perspectivas 363
Brígida García Guzmán

12. Evolución de la población que labora en actividades agropecuarias en términos sociodemográficos 393
Edith Pacheco Gómez

13. Políticas de población: viejos y nuevos desafíos 431
Alfonso Sandoval Arriaga



PRESENTACIÓN

Este libro forma parte de una colección de 16 volúmenes en los cuales se analizan los grandes problemas de México al comenzar el siglo XXI y se sugieren algunas ideas acerca de las tendencias de su desarrollo en el futuro cercano. La realización de este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de un grupo de investigadores, quienes con su experiencia académica enriquecen el conocimiento en torno a la situación actual de nuestro país. Los temas que se abordan son: población, desarrollo urbano y regional, migraciones internacionales, medio ambiente, desigualdad social, movimientos sociales, educación, relaciones de género, economía, relaciones internacionales, políticas públicas, instituciones y procesos políticos, seguridad nacional y seguridad interior, y culturas e identidades. El Colegio de México continúa así su tradición de publicar obras colectivas y multidisciplinarias para comprender mejor la sociedad mexicana y los problemas que enfrenta hoy día. Ésta es nuestra manera de participar, desde el ámbito académico, en la conmemoración del bicentenario de la Independencia y el centenario de la Revolución. Agradecemos a la Secretaría de Educación Pública el apoyo para la realización de este proyecto.

CM EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS


CM
EL COLEGIO
DE MÉXICO
70
AÑOS

INTRODUCCIÓN GENERAL: ANÁLISIS Y DEBATES SOBRE LA POBLACIÓN DE MÉXICO A COMIENZOS DEL SIGLO XXI

Éste es un libro que trata sobre el pasado y el presente demográfico de México, pero también busca aproximarse al futuro, con el fin de dar elementos para diseñar el porvenir. La idea es prepararse para las décadas venideras e identificar situaciones indeseadas a fin de encontrar posibles alternativas. El mundo del año 2050 será lo que hagamos de él desde hoy. Hay hechos demográficos a los que nos podemos anticipar, los cuales no pueden cambiar rápidamente, pues tienen su propio ímpetu. Tal es el caso de la población y su estructura por edades. No es posible modificarlas en un plazo breve, a no ser que ocurran catástrofes naturales, guerras o epidemias.

Sabemos sin temor a equivocarnos que al comenzar el segundo decenio del siglo XXI el mundo llegará a 7 000 millones de personas. Los primeros 1 000 millones de habitantes se alcanzaron en 1850, los siguientes 1 000 llegaron menos de un siglo más tarde, en 1930. Los 3 000 millones se registraron en 1960. El ritmo de crecimiento demográfico se mantuvo acelerado y los 4 000 millones se alcanzaron en 1974. En 1987 la población del mundo llegó a 5 000 millones y en 1999 se estimaron 6 000 millones de personas. Cada 12 años o un poco más, la población del planeta se incrementa en 1 000 millones. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su hipótesis media, de seguir las tendencias demográficas en menos de 40 años tendremos que construir otro mundo similar al de 1987; es decir, para 2045 seremos poco más de 10 000 millones de personas. Todo lo que se ha construido a lo largo de la historia de la humanidad tendría que volver a realizarse en tres o cuatro décadas.

En lo que respecta a nuestro país, según cifras del Consejo Nacional de Población (Conapo), se estima que en el año 2010 contará con una población de poco más de 108 millones de personas. Este hecho lo coloca en el decimoprimer lugar entre los países más poblados del mundo. La tasa de crecimiento demográfico pasará de 3.4% anual en 1970 a 0.8% en el año 2010, lo que significa que, de mantener ese ritmo, la población se duplica-



rá en periodos de 90 años. Hemos roto el círculo del crecimiento demográfico acelerado, pero ahora habrá que prepararse para la implosión demográfica. La esperanza de vida actual es de aproximadamente 75 años y el número promedio de hijos por mujer, al final de su vida reproductiva, es de alrededor de dos, lo que significa que se está cerca de alcanzar el nivel de reemplazo. Se estima además que en 2005 emigraron del país alrededor de 580 000 personas, una cifra ligeramente superior a los que murieron en ese año (cerca de 501 000). Es decir, que en la actualidad la población mexicana parece perder más efectivos debido a la emigración a Estados Unidos que a la tasa de mortalidad.

En el contexto anterior, en esta obra se analiza y reflexiona sobre diferentes temas de interés en torno a la población mexicana. Nuestro objetivo en este capítulo introductorio es destacar la relevancia de los distintos objetos de estudio, puntualizar los principales debates, señalar el tipo de metodologías y datos estadísticos utilizados, así como subrayar los hallazgos de la investigación reciente. Los autores de los capítulos que integran el libro son representantes de muy variadas trayectorias teóricas y metodológicas, por lo que el libro es rico en enfoques y resultados. Buscamos motivar la lectura de este conjunto de trabajos, donde se ha hecho un esfuerzo especial por dar a conocer el estado actual de los fenómenos de población a comienzos del siglo XXI.

PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS, ENVEJECIMIENTO, SALUD Y MORTALIDAD

El panorama presente y futuro de la población del país es el tema central del capítulo de Manuel Ordorica, "Las proyecciones de la población hasta la mitad del siglo XXI". El autor profundiza en las proyecciones demográficas hasta el año 2050, pero para darle contenido y significado repasa las tendencias de fecundidad, mortalidad y migración internacional durante el siglo XX. Un aspecto importante de su recuento es la ubicación del momento en el que se establecen las metas de reducción del crecimiento poblacional a comienzos de la década de 1970, en el marco de una política que Ordorica considera orientadora de la planificación en el terreno demográfico, más que como un conjunto de normas que se establecieran de manera permanente e inamovible. Asimismo, le interesa señalar los logros obtenidos en este renglón, pero también le preocupan los múltiples rezagos existentes en lo tocante a la calidad de vida de los mexicanos. Desde esta pers-



pectiva, nos recuerda que ahora tenemos familias más pequeñas, pero que éstas no viven mejor. El análisis y las conclusiones del capítulo están sustentados principalmente en datos elaborados por el autor y por el Conapo.

Ordorica también plantea de manera pormenorizada la manera en que nuestra población seguirá creciendo por algunos años en términos absolutos, aun cuando su ritmo de aumento se haya hecho más lento. Estos números y los cambios en la estructura por edades definen un impresionante abanico de demandas futuras. En este texto se profundiza particularmente en los efectos del cambio demográfico en el terreno educativo, habitacional, de la salud y el empleo. Es posible encontrar aquí ejemplos concretos que pueden facilitar los ejercicios de prospectiva que son tan necesarios para intentar satisfacer estas demandas.

El siglo XX fue de crecimiento demográfico y el siglo XXI será caracterizado por el envejecimiento, el rápido incremento de la población en edad de trabajar y la fuerte migración a Estados Unidos. Ordorica nos recuerda que la transición demográfica ha sido muy acelerada en México, pues en pocos años tuvimos una población predominantemente joven y también en poco tiempo esta será primordialmente vieja. Al inicio no hubo suficiente tiempo para programar y satisfacer las demandas de esa población joven y hoy ya quedan pocos años para atender las demandas de los importantes grupos en edad avanzada. Corremos el peligro de que el futuro nos alcance, si es que no tomamos las medidas necesarias para enfrentar uno de los más importantes desafíos del siglo que se inicia.

Según Roberto Ham, el estudio y la acción sobre la vejez se puede organizar en tres grandes áreas: atención a la salud, seguridad económica y relaciones sociales y familiares. En su capítulo, "Envejecimiento demográfico", nos indica que las enfermedades relacionadas con la senectud poblacional (enfermedades metabólicas, como la diabetes, cardiovasculares y mentales) no son inmediatamente letales, pero son incurables, progresivas y pueden provocar incapacidades de diversos tipos, que amenazan seriamente la calidad de vida de las personas ancianas y sus familias. Además, las intervenciones médicas que buscan controlar estas enfermedades requieren de atención continua y los medicamentos que se utilizan son extremadamente costosos. Contamos ya en México con instrumentos de medición como la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (Enasem), que nos permite calcular los años promedio que la población anciana probablemente pase en estados de buena, regular y mala salud. Por ejemplo, a inicios del presente siglo se estimaba que a la edad de 60 años los hombres



habrían de vivir 23.4% del resto de su vida en buenas condiciones, 70.9% con regular salud y 5.6% con mala salud. Los porcentajes para las mujeres eran de 16.3, 76.8 y 6.5%, respectivamente. Consideramos que estas cifras constituyen puntos de partida valiosos para precisar la magnitud de los retos que plantea el envejecimiento demográfico a nuestros sistemas de salud.

Roberto Ham dedica, asimismo, buen espacio de su capítulo a discutir las opciones existentes para el sostén económico de las personas en edad avanzada. Éste puede provenir de la ayuda familiar, de pensiones estatales o privadas, así como de ahorros personales, los cuales operarían en una minoría de los casos. Le interesa en particular discutir las ventajas y limitaciones de los sistemas de pensiones de "beneficios definidos", en comparación con los denominados de "contribuciones definidas o ahorro individual". Desde su punto de vista, la causa principal de las dificultades económicas de la seguridad social en el país ha sido la concesión de pensiones sin considerar los costos a largo plazo. Este autor mantiene al mismo tiempo una posición muy crítica sobre los cambios adoptados en el IMSS y el ISSSTE hacia la capitalización individual. Analiza en esta dirección los elevados costos administrativos y los márgenes de utilidad, los costos de la transición, así como el elevado riesgo de que el sistema recaiga en las finanzas públicas, entre otros aspectos. Sostiene que al implantar la capitalización individual se abandonan los principios sociales y se acentúa la desigualdad.

En la búsqueda de nuevos paradigmas, Ham apunta que es preciso abordar y elaborar esquemas generales con los siguientes componentes: pensión universal financiada públicamente; planes obligatorios de carácter contributivo con el beneficio definido de una pensión mínima; esquemas de contribuciones definidas para los trabajadores con mejores niveles de salarios, los cuales pueden administrase en forma privada o pública; ahorros individuales voluntarios y planes de pensiones complementarios por parte de las empresas, que permitan acumular recursos administrados de manera privada. La combinación de este tipo de propuestas supone adaptaciones de carácter mayor, aunadas a cambios de actitud y de gestión. En todas ellas hay que tomar en cuenta a las generaciones más jóvenes, pues son éstas las que en el futuro previsible llevarán la carga mayor. Este capítulo ofrece abundante información y debate de propuestas en torno al porvenir demográfico en su conjunto, pero también análisis detallados sobre el pasado, presente y futuro de fenómenos poblacionales específicos como es el caso de la mortalidad.



En su capítulo, “La evolución de la mortalidad: pasado, presente y futuro”, Alejandro Mina examina distintos indicadores de la mortalidad y le interesa desglosar la situación de hombres y mujeres de diferentes grupos de edad: niños, adolescentes y jóvenes, adultos jóvenes, maduros y mayores (60 años o más). El lapso objeto de estudio es muy amplio, pues abarca todo el siglo XX y se extiende hasta la mitad del XXI, mediante el análisis de las proyecciones de la mortalidad existentes. Un aspecto que cabe destacar es la comparación de las defunciones registradas por diferentes causas y grupos de edad en los años que van de 1980 y 2005.

El mejor ritmo de crecimiento en la esperanza de vida en México se obtuvo de 1930 a 1960, pues en este periodo dicha esperanza se incrementó 22 años, es decir, pasó de 36 a 58 años. Luego, estas ganancias fueron más moderadas en las décadas siguientes. En 1990 la esperanza de vida en el país alcanzó los 70 años y en 2005, los 74. Con respecto al futuro, se proyecta que en el lapso 2010-2050 se ganen 6.5 años y que la esperanza de vida a mitad del siglo XXI sea cercana a los 81 años. Mina, al igual que los autores anteriores, explora la posibilidad de que se eleve aún más la esperanza de vida al nacimiento, pero nos recuerda las dificultades que se siguen enfrentando para controlar las enfermedades silenciosas, como son la diabetes y las cardiovasculares. En todo caso, considera que es indispensable la unión de esfuerzos entre diversas instituciones de salud para que pueda alcanzarse la esperanza de vida al nacimiento cercana a los 80 años proyectada al año 2050.

La pauta de mortalidad mexicana ha mostrado un abatimiento paulatino de las enfermedades infecciosas y parasitarias y una progresiva concentración de las defunciones por padecimientos crónicos y degenerativos. No obstante lo anterior, todavía son altas las tasas de mortalidad por afecciones perinatales, anomalías congénitas, enfermedades respiratorias e infecciosas y parasitarias en los menores de un año. En la edad preescolar y escolar, la mortalidad por accidentes es la más importante, aunque ha disminuido su incidencia y es más frecuente entre los niños que entre las niñas. También hay que hacer hincapié en que la mortalidad por accidentes y lesiones intencionales es muy elevada entre los adolescentes y jóvenes, y que se han incrementado las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias entre los varones de 25 a 44 años de edad, en gran parte debido al aumento del VIH/sida. Después de los 45 años de edad, destacan entre las causas de muerte las enfermedades digestivas —como la cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado, relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas—,



así como el aumento considerable de la mortalidad por diabetes, la cual se ha convertido en la primera causa de muerte en el país. Entre los adultos mayores de 60 años siguen cobrando especial relevancia las muertes por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos.

El análisis de la mortalidad refleja las patologías que afectan de manera más severa la salud de la población y el estudio complementario de la morbilidad nos indica aquellas condiciones de salud que ocasionan las mayores demandas de servicios y, por ende, las necesidades más apremiantes en materia de planeación de la atención médica. En el capítulo 4, "Los desafíos de la atención a la salud", Rosario Cárdenas examina la información estadística compilada y publicada por la Secretaría de Salud sobre egresos hospitalarios, la cual constituye la única base de datos disponible. Esta fuente de datos permite la identificación de prioridades de salud para los grupos más vulnerables de la población, la planeación de intervenciones y programas, así como la evaluación de sus posibles resultados.

Al igual que en el caso de la mortalidad, la mayoría de los servicios hospitalarios que prestó en 2005 la Secretaría de Salud corresponde a patologías no transmisibles; sin embargo, padecimientos que de otra forma no se revelan como de gran prioridad aparecen al examinar la información sobre morbilidad hospitalaria. En este capítulo, Cárdenas ofrece estadísticas detalladas para hombres y mujeres de diferentes grupos de edad sobre tuberculosis, VIH/sida, dengue, enfermedades infecciosas intestinales, respiratorias agudas, distintos tipos de cánceres, diabetes, epilepsia, enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovasculares, así como la morbilidad relacionada con los abortos, malformaciones congénitas, traumatismos intracraneales, quemaduras y corrosiones y envenenamiento. La información analizada pone de manifiesto el efecto de la incorporación de vacunas y antibióticos, pero también el resultado de un desarrollo desigual de la sociedad. Para mejorar los niveles de salud es necesario transformar varias condiciones sociales, como serían la cobertura de servicios básicos, las barreras al acceso a la educación formal y a la utilización de la atención médica.

No hay que olvidar tampoco que la afectación de la salud de las mujeres embarazadas y la población neonatal continúa siendo uno de los problemas de salud pública más importante en el país. La mortalidad materna registrada en México es mucho mayor que la observada no sólo en países desarrollados, sino también en otros países latinoamericanos. La reducción de dicha mortalidad es la única que no se vislumbra como alcanzable entre las metas que el país se ha trazado como parte de la iniciativa de los Obje-



tivos del Milenio, propuesta por Naciones Unidas. Sin embargo, aun no se diseña una estrategia en este sentido que incluya aspectos médicos, de servicios y de colaboración interinstitucional, a fin de transformar las circunstancias adversas que enfrentan algunas mujeres frente a la reproducción.

Un padecimiento que merece una atención especial en este libro es el VIH/sida, tema que abordan Fátima Juárez y Cecilia Gayet en "El VIH/sida: un nuevo reto para la salud pública". Las autoras indican que hoy esta epidemia en México se considera estable y concentrada, porque la transmisión ocurre en subpoblaciones con prácticas de mayor exposición al riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y personas que usan drogas inyectadas). Hasta diciembre de 2007, se habían registrado en México 115 651 casos de sida acumulados, pero habría que tener en cuenta el subregistro y el retraso en la notificación de los casos. La prevalencia de VIH en la población general se ha estimado en 0.3%, pero en algunos grupos específicos es mayor a 5%. En los reportes se advierte que se han infectado más los hombres, pero las infecciones en las mujeres han ido en ascenso; en 2005 se diagnosticaron 3.8 hombres por cada mujer.

Además de las características generales de las personas con sida, en el documento de Juárez y Gayet es posible encontrar un recuento detallado de la manera en que ha cambiado la vigilancia de la epidemia. Hacia el año 2000 se tornaba cada vez más evidente la importancia de conocer las prácticas productoras de riesgo en la población, en forma adicional a la captación del número de casos de sida. Las autoras afirman que el actual paradigma orientado a la prevención y pronóstico de la tendencia de la epidemia permite identificar las infecciones en un momento más cercano a su ocurrencia y de esa manera aporta información para el diseño de programas de prevención. En este contexto de "vigilancia de segunda generación" surgen nuevas metodologías para la generación de información, tales como el "muestreo por tiempo-lugar" o TLS (*Time/Location Sampling*) y el "muestro dirigido por entrevistados" o RDS (*Respondent Driven Sampling*), que es una versión modificada del "muestreo por bola de nieve". Los resultados de un par de investigaciones llevadas a cabo con estos métodos en el país muestran que las parejas de los hombres que tienen sexo con hombres suelen ser ocasionales y que en dichas relaciones casi un quinto de los hombres no usó preservativo. En lo que concierne a las trabajadoras sexuales, la mayoría usa condón con sus clientes, pero muy pocas lo hacen con su pareja estable. Los hombres trabajadores sexuales tienen en muchos casos relaciones tanto con hombres como con mujeres y sólo uno de cada tres no usa condón con su



pareja estable. Es posible percibir que el uso del preservativo en estos grupos es relativamente alto; sin embargo, dado que las personas tienen un gran número de parejas, especialmente los hombres y mujeres trabajadores sexuales, el riesgo es muy alto entre aquellos que no se protegen. Un hallazgo general de estas investigaciones es el gran desconocimiento que existe de las formas de transmisión y prevención de la infección.

Finalmente, Juárez y Gayet abordan el estudio del sida en su dimensión de estigma y discriminación. Reportan las acciones tomadas por el Estado mexicano para capacitar a los profesionales de la salud contra la discriminación hacia los enfermos de VIH/sida, además de las campañas en los medios masivos. No obstante, reconocen que no se trata de una tarea fácil, pues significa cambiar algunos aspectos de los esquemas de socialización y las relaciones de poder y realizar esfuerzos de envergadura para lograr la aceptación de la diversidad.

UNIONES CONYUGALES, REPRODUCCIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Las uniones conyugales en México han experimentado grandes transformaciones. En el capítulo 6, "Hacia un nuevo modelo de nupcialidad", Julieta Quilodrán nos explica que en la pasada centuria primero ganó importancia la doble institucionalización (civil y religiosa) de los matrimonios, pero que hacia el final del siglo ese proceso comenzó a revertirse. En la actualidad asistimos a la secularización y desinstitucionalización del matrimonio, pues ocurren menos matrimonios civiles y religiosos y solamente religiosos, y tienen lugar más matrimonios sólo civiles y uniones libres. No obstante lo anterior, de 10 uniones conyugales que tenían lugar en 2005, todavía poco más de cinco eran matrimonios civiles y religiosos, 2.5 eran matrimonios sólo civiles y 2.3 constituían uniones libres.

Además de la evolución de los distintos tipos de uniones, en el texto de Quilodrán se documenta que tanto los hombres como las mujeres mexicanas han retrasado su entrada a estas uniones conyugales, pero que dicha postergación ha sido mayor en el caso de las mujeres. Asimismo, aquí encontramos datos estadísticos que nos permiten apreciar la relativa rapidez con la que están teniendo lugar los divorcios y separaciones. Es relevante aclarar que los niveles de disolución marital en México continúan por debajo de los existentes en varios otros países de la región latinoamericana.



En este capítulo sobre la nupcialidad en México las y los lectores encontrarán también una interesante discusión sobre la posibilidad de que esté ocurriendo en el país una segunda transición demográfica, en la cual ganarían mayor espacio las decisiones individuales, en vez de las normas sociales tradicionales provenientes de los dictados de la Iglesia, el Estado y la familia. Por un lado, la autora nos señala que los cambios que encuentra, sobre todo los que tienen que ver con la mayor predilección por las uniones libres, son el mayor número de nacimientos fuera del matrimonio, la elevación de la soltería, con la consiguiente postergación de la edad a la unión y el aumento de la disolución voluntaria, y todos apuntan en la dirección de la ocurrencia de esta denominada "segunda transición". Sin embargo, aclara que no se trata de procesos consolidados y, menos aún, de un modelo de nupcialidad equivalente al definido para países europeos y otros desarrollados. La postura de Quilodrán es que se presentan diferencias conceptuales y semánticas que nos apartan de este marco teórico. Un importante ejemplo en esta dirección está dado por lo que ocurre con las uniones libres, una peculiaridad de antaño en la nupcialidad latinoamericana. En nuestro caso estas uniones están presentes en las capas más empobrecidas de la población, más que en las más escolarizadas, como ahora ocurre en muchos países desarrollados. En suma, aunque el país está dejando atrás el modelo de gran estabilidad en la nupcialidad que lo ha caracterizado y aunque hay signos de transformación en el sentido de lo postulado por el modelo de la segunda transición demográfica, no es posible anticipar los mismos resultados.

Como bien apunta Quilodrán, la nupcialidad es hoy día un objeto de estudio en sí mismo, más que un aspecto intermedio en la comprensión de la fecundidad, como solía plantearse a mediados del siglo pasado. Por su parte, los procesos reproductivos también han experimentado transformaciones de mucha trascendencia y se han modificado a la vez las herramientas conceptuales y metodológicas con las que nos acercamos a su estudio.

En el siguiente capítulo "La salud reproductiva y las desigualdades en la población", Ivonne Szasz y Susana Lerner ofrecen los resultados de un amplio diagnóstico sobre las relaciones entre salud reproductiva y condiciones de vida de diferentes grupos de la población mexicana. La salud, en términos reproductivos, significa que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que además tienen la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y cada cuánto tiempo. Los fenómenos que atañen a la salud reproductiva no son unívocos ni carentes de relaciones de poder y jerarquías; además, difieren por grupos sociales en



sus significados, en las prácticas y en los actores sociales y necesidades por atender. Asimismo, la autodeterminación de las personas y la participación ciudadana son un componente central de las políticas y programas en este campo.

Szasz y Lerner especifican las necesidades anticonceptivas de diferentes estratos socioeconómicos, así como las transiciones que definen la entrada a la vida sexual, la vida conyugal y la maternidad. También informan sobre las prácticas sexuales y la prevalencia de valores más restrictivos o permisivos sobre la virginidad, las relaciones sexuales y la fidelidad conyugal entre hombres y mujeres. Una sección importante de este capítulo se centra en las mujeres indígenas rurales y aquellas que experimentan embarazos en la adolescencia, dado que constituyen grupos poblacionales con necesidades especiales en salud reproductiva.

Una gran parte de las mujeres indígenas en zonas rurales marginadas no ha oído hablar de ningún método anticonceptivo ni los usa, aun en el caso de que se trate de métodos tradicionales. Las pocas que usan métodos modernos se concentran en aquellos médicamente controlados, como la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino. Es menester destacar que una de las necesidades más apremiantes en materia de salud reproductiva para las mujeres indígenas rurales es la atención de emergencias obstétricas que permita la reducción de la mortalidad materna. Está también desatendida la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Otros problemas tienen que ver con las condiciones laborales del personal que las atiende y con las dificultades propias de prestar servicios médicos modernos en un contexto intercultural.

En lo que respecta a los embarazos en adolescentes, alrededor de 90% ocurre entre mujeres que ya se encontraban unidas maritalmente o que se unieron durante el embarazo. Este fenómeno se concentra en los estratos sociales más desfavorecidos, en las jóvenes con escasa escolaridad, en el medio rural, y entre aquellas que ya han dejado la escuela antes de embarazarse. Sobre este último aspecto, las investigaciones recientes indican que una mayoría (76%) de las jovencitas que se embarazaron en la adolescencia ya no estaba estudiando cuando esto ocurrió. Este hallazgo sugiere que no es el embarazo temprano el que limita las posibilidades de desarrollo escolar de muchas mujeres jóvenes, sino que esas oportunidades ya estaban limitadas de antemano. La escasa escolaridad, así como la falta de alternativas de desarrollo diferentes a la unión marital temprana aparecen como los factores explicativos del embarazo entre las adolescentes.



Este libro ofrece resultados de investigación sobre la salud reproductiva en México, así como también textos de índole reflexiva y documental sobre conceptos relacionados como es el de derechos reproductivos (derecho de toda persona a decidir si quiere tener hijos, así como el número de los mismos y el momento para hacerlo). En su capítulo, Juan Guillermo Figueroa aborda las principales vertientes de trabajo político y académico que han buscado "La construcción de la titularidad para el ejercicio de los derechos reproductivos", tanto en el caso de las mujeres como en el de los varones. Lo que se persigue es examinar cómo se remontan las dificultades para el ejercicio de estos derechos. En lo que respecta a las mujeres, se trata de abusos e intromisiones en sus espacios de decisión, lo cual es un proceso histórico; en lo que toca a los varones, el recuento de Figueroa es de tipo discursivo, pues intenta legitimar teórica y políticamente la pertinencia de visibilizarlos en el ámbito reproductivo.

En la población femenina, se parte de denuncias explícitas de grupos de mujeres sobre las discriminaciones que sufren por el hecho de embarazarse y de ser socialmente las principales responsables del cuidado y la educación de los hijos e hijas. Figueroa nos señala que en este proceso se ha logrado cambiar leyes, definir acciones afirmativas y establecer tribunales para denunciar abusos, a la par que se han organizado grupos de mujeres para concientizar a los intérpretes de las leyes y a los programas gubernamentales, y además vigilar su trabajo cotidiano. En el caso de México, los lectores y lectoras interesadas encontrarán en este capítulo información sobre los cambios que han tenido lugar en las instituciones de gobierno, la medida en la que han adoptado la perspectiva de género, de salud reproductiva y la dimensión de los derechos de las mujeres, así como las transformaciones en las necesidades de la población y en los instrumentos de recolección de información que surgen en distintas instancias gubernamentales. Asimismo, consideramos relevantes los datos que se ofrecen sobre la creación de instancias que acompañan la vigilancia de los derechos (Comisión Nacional de Derechos Humanos, Comisión Nacional de Arbitraje Médico e Instituto de las Mujeres, entre otros).

En lo que toca a los hombres, el escenario es muy complejo, ya que si bien se reconoce su capacidad para decidir sobre la reproducción, su significado no es tan evidente. Los hombres no viven los embarazos en su cuerpo y generalmente se supone que, por sus privilegios de género en sociedades patriarcales, no están excluidos de la toma de decisiones en el ámbito de la reproducción. Además, se supone que es improcedente que deman-


EL COLEGIO DE MÉXICO

den o que sean titulares de derechos reproductivos. En su caso, son recientes los esfuerzos para tratar de visibilizarlos en tanto seres humanos que se reproducen, que tienen necesidades, malestares y derechos. Sin embargo, los varones han guardado silencio en este sentido y esto sigue constituyendo un objeto de estudio pertinente.

Figueroa reconoce que la noción de derechos reproductivos pensada para los varones puede y ha sido criticada por las razones anteriores, pero esboza argumentos para seguir buscando su legitimación. En esa dirección, propone la categoría de "derechos humanos en la reproducción", el cual podría englobar tanto a mujeres como a varones. Desde dicha categoría se podría cuestionar que el debate sobre derechos reproductivos se haya centrado en elegir cuántos hijos tener y cuándo, y que se hayan dejado de lado las condiciones básicas para poder tomar este tipo de decisiones.

En forma adicional al debate sobre la noción de derechos reproductivos, existe ya en el país un interesante cúmulo de investigaciones antropológicas y sociodemográficas acerca de las valoraciones y prácticas masculinas en los ámbitos de la reproducción y la anticoncepción. Olga Rojas, autora de algunos de estos estudios, nos comunica en su capítulo, "Hombres y reproducción", varios hallazgos que llaman la atención. Nos indica que aparece de manera recurrente en diversos análisis que los varones mexicanos han cambiado en alguna medida las valoraciones sobre sus descendencias y su paternidad, pero que lo mismo no sucede en lo que respecta a sus percepciones y prácticas en torno a la anticoncepción.

Más que como una inversión o apoyo en la vejez, los hombres quieren hoy tener menos hijos para intentar ofrecerles mejores condiciones materiales y mayor escolaridad que las que ellos mismos alcanzaron. En este esfuerzo, los varones provenientes de sectores populares claramente expresan los costos económicos y la carga que esto representa. La hombría generalmente ya no se demuestra con la procreación de proles numerosas, pero en cambio se busca dar prueba de ella fecundando al primer hijo inmediatamente después de que se lleva a cabo la unión marital. Asimismo, persiste la importancia asignada a reproducirse en otro ser masculino, al que se le trasmiten aprendizajes y experiencias, además del apellido, y también continúa arraigada la valoración de la paternidad en términos de la provisión material y económica. No obstante, se detectan algunos cambios entre las generaciones más jóvenes y más escolarizadas. Sobre todo en sectores medios urbanos está ocurriendo cierta flexibilización y ampliación del papel del padre; se han observado en estos grupos signos de involucramiento



en la crianza y en el cuidado de los hijos, así como relaciones físicas y afectivas más cercanas con ellos.

A pesar de todo lo anterior, los varones de nuestro país continúan opinando que la responsabilidad de evitar un embarazo recae primordialmente en sus cónyuges. Especialmente en las generaciones jóvenes no existe oposición alguna a la regulación de la fecundidad mediante el uso de la anticoncepción y se reportan acuerdos y negociaciones conjuntas con las parejas sobre el método que desean usar, así como sobre el número de hijos que quieren tener y su espaciamiento. Sin embargo, la población masculina muestra resistencia a utilizar métodos anticonceptivos que actúen sobre su cuerpo. Sigue muy vigente la percepción de que, dado que es en el cuerpo de las mujeres donde ocurren los embarazos, entonces es de ellas la responsabilidad exclusiva de regular la capacidad reproductiva.

MIGRACIÓN, POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA Y POLÍTICAS DE POBLACIÓN

La actividad económica, así como los flujos migratorios internos e internacionales, se han visto notablemente influidos por el cambio en la estrategia de desarrollo económico que ha tenido lugar en nuestro país. Como sabemos, en el marco de la perspectiva global actual se privilegia la inserción en los mercados internacionales, el fomento de las exportaciones y de la inversión extranjera, y se ha dejado en cierta medida atrás la promoción de la industrialización con bases nacionales y la expansión del mercado interno. En este contexto, Virgilio Partida, Brígida García y Edith Pacheco examinan en sus respectivos capítulos las transformaciones experimentadas en los mercados de trabajo urbanos y rurales, así como lo sucedido con la magnitud, dirección, intensidad y otros aspectos de los desplazamientos migratorios internos.

En el capítulo sobre “Migración interna”, Virgilio Partida lleva a cabo un análisis de largo plazo de este fenómeno, con el fin de destacar las diferencias que caracterizan los diferentes periodos históricos. Su base de información son los censos de población de 1970, 1990 y 2000, y el conteo de 2005. En su estudio se demuestra que los cambios en el modelo de desarrollo económico que experimentó México durante el pasado medio siglo han implicado marcadas transformaciones en el patrón de ocupación del territorio y una importante expansión del proceso de urbanización.

Las grandes metrópolis han dejado de ser el destino casi exclusivo del éxodo rural y ahora parten de ellas relevantes flujos que se asientan en



ciudades de menor tamaño. En particular, la capital de la nación se ha convertido en un fuerte polo de expulsión de población y su antigua atracción se esparce ahora en varias entidades federativas. Según nos muestra y fundamenta Partida en su trabajo, los destinos principales son ahora los estados de la frontera norte y Quintana Roo, lo cual evidencia la creación de empleos ligada a las industrias maquiladoras y a las actividades turísticas. La región fronteriza ha sido la única que ha mantenido saldos migratorios positivos a lo largo de los 40 años analizados, mientras que en las regiones del centro norte, oriente y sureste del país se ha reducido el número de residentes por efecto de la migración interna. Las mujeres fueron las más propensas a desplazarse hasta la primera mitad de los años sesenta, pero a partir de entonces la distancia entre hombres y mujeres en estos desplazamientos es apenas perceptible. Por último, se señala también una tendencia al rejuvenecimiento en la composición etaria de la migración interna al paso del tiempo.

Partida encuentra apoyo para la tesis de que la migración se dirige de las regiones menos desarrolladas hacia las más avanzadas, pero la conclusión de su estudio es bastante crítica de los resultados logrados. Los desplazamientos recientes en México distan de ser un recurso que le permita al individuo alcanzar el desarrollo de sus capacidades y la participación activa en la sociedad. Según el autor, este fenómeno sigue siendo una forma socorrida de buscar escapar de las privaciones de la pobreza y uno de los mecanismos que reproduce la explotación y la inequidad. Es impostergable romper este círculo vicioso y convertirlo en uno en el que la migración interna sea un factor determinante para la consecución del pleno desarrollo del país.

El análisis del mercado de trabajo también arroja resultados muy preocupantes. En "Población económicamente activa: evolución y perspectivas", Brígida García demuestra la precariedad de las condiciones laborales vigentes, sobre todo en términos de ingresos e inexistencia de prestaciones y contratos. Esta autora basa principalmente su capítulo en la información que proporcionan las encuestas de empleo más recientes, tanto para el país como para las ciudades más importantes. Hay que tener presente que el desempleo abierto a nivel nacional continúa siendo relativamente reducido, pero que este fenómeno no debe concentrar la totalidad de la atención de aquellos interesados en el análisis y las políticas laborales. La escasez de alternativas suficientes y adecuadas para subsistir —y, en muchos casos, también la baja calificación— hace que en países como México se acepten



empleos muy poco satisfactorios o que se recurra al autoempleo. De ahí que sea preciso profundizar en las condiciones en que la población activa se emplea —o autoemplea—, conforme a distintos indicadores. A mediados de la década de 2000 los ingresos continúan bastante reducidos: alrededor de 60% de la fuerza de trabajo labora sin ningún tipo de prestaciones sociales y una cifra cercana a las tres cuartas partes de la población activa no tiene contratos de trabajo permanentes.

Las condiciones de trabajo no son las mismas a lo largo del territorio nacional. En términos relativos, ciudades norteñas como Chihuahua, Monterrey, Saltillo y Hermosillo ofrecen mejores posibilidades que las ubicadas en el resto del país. Estos centros urbanos se han visto beneficiados por las estrategias puestas en marcha bajo el modelo económico centrado en el fomento a las exportaciones y el intercambio con el exterior, pero también hay que recordar que pertenecen a regiones que ya habían tomado la delantera en el país de tiempo atrás. En lo que respecta a las grandes áreas metropolitanas, la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (conformada por el Distrito Federal y diversos municipios del Estado de México) presenta condiciones laborales en promedio más deficientes que Monterrey o Guadalajara, pero hay que tener en cuenta que existen diferencias marcadas en este particular entre el Distrito Federal y los municipios conurbados, así como recordar el tamaño absoluto de la urbe y su importancia económica y política.

De la misma manera que en otros capítulos, García realiza al final del suyo un repaso de las políticas públicas en el terreno laboral y nos puntualiza que éstas aún son muy insuficientes ante la magnitud del problema que se afronta. Resulta perentorio ampliar y diversificar estas políticas y, sobre todo, cambiar la perspectiva para que los esfuerzos que busquen influir sobre la demanda de mano de obra tengan similar cabida a los que ahora se realizan para mejorar la empleabilidad de los trabajadores.

Es usual en los estudios sociodemográficos sobre los mercados de trabajo que la atención se concentre en las áreas urbanas. Edith Pacheco ha buscado complementar esta perspectiva en sus últimos trabajos con análisis sobre las áreas rurales. En su capítulo, "Evolución de la población que labora en actividades agropecuarias en términos sociodemográficos", aborda la evolución de la población rural en estrecha conexión con las transformaciones sectoriales que han acompañado los cambios en las estrategias de desarrollo económico. Estudia las estructuras por edad y sexo de diversos grupos ocupacionales agropecuarios y no agropecuarios; examina sus con-



diciones de trabajo y presenta la conformación de sus hogares, haciendo hincapié en la composición del ingreso, así como en otros aspectos sociodemográficos, como son el tamaño de las unidades domésticas, la edad de sus jefes y el número de ocupados por hogar.

Hacia finales del siglo XX todavía una cuarta parte de la población mexicana habitaba en contextos rurales y cerca de 15% de la mano de obra se encontraba inserta en el sector primario. En términos generales, la población es más joven en los contextos rurales, pero se observan estructuras mucho más envejecidas en algunos sujetos agropecuarios, como los pequeños productores (casi exclusivamente varones). Pacheco constata una situación de desigualdad marcada entre la fuerza de trabajo agropecuaria y la no agropecuaria. La primera refleja en su mayoría una dinámica de subsistencia generalizada, integrada por pequeños propietarios y trabajadores sin tierra. Sólo una proporción muy reducida está inserta en contextos modernos de producción con alta tecnificación. Es especialmente visible la situación de vulnerabilidad de los sujetos agropecuarios, pues se observa que sólo 4% de estos trabajadores tenía acceso a la seguridad social en 2003.

El análisis en el nivel de los hogares muestra facetas interesantes de la reproducción de la fuerza de trabajo. En los contextos menos urbanizados (menos de 100 000 habitantes) los integrantes de las unidades domésticas en su mayoría perciben ingresos laborales no agropecuarios y se aprecia que con el paso del tiempo aumentan los hogares con ingresos exclusivamente no agropecuarios. Son las unidades domésticas que sólo realizan trabajo no agropecuario —o que combinan trabajo agropecuario con no agropecuario— las que presentan mejores ingresos relativos. Sin embargo, los primeros necesitan de menos mano de obra para alcanzar niveles semejantes de ingreso al de los hogares que combinan actividades. Estos resultados sobre la importancia de diversificar fuentes de ingreso ratifican los hallazgos reportados en una extensa bibliografía sobre estudios de caso rurales, pero la autora puntualiza que tienen la virtud de mostrar una fotografía de escala nacional.

El último capítulo del libro, "Políticas de población: viejos y nuevos desafíos", está dedicado a las políticas de población. Su autor, Alfonso Sandoval, nos entrega en este trabajo una serie de análisis, reflexiones y propuestas basadas en su amplia experiencia en este tema. En primer lugar hace referencia a los principales enfoques teóricos desarrollados hasta ahora en torno a la conceptualización de las políticas de población, para luego detenerse en un recuento histórico del caso mexicano. Propone la tesis de



que la formulación de políticas de población en nuestro país está cumpliendo ya un siglo, pues este proceso se inició en los albores de la Revolución de 1910. Asimismo, esboza otra tesis referida al periodo particular de treinta y pocos años de la actual política de población. Según Sandoval, en los hechos esta etapa ya ha concluido y todavía no se identifica con claridad si habrá una posterior y qué características tendría.

Un aspecto que cabe remarcar en este capítulo es la precisión con la que se busca definir los rasgos más relevantes de la política de población actual. Entre ellos están: el establecimiento de una definición multisectorial de política y de un esquema interinstitucional de coordinación; la formulación de planes o programas nacionales como expresiones sexenales de esta política; la formulación de metas cuantitativas con respecto al crecimiento natural de la población y los niveles de fecundidad; la presencia fluctuante de una concepción de derechos, libertades y empoderamiento de las personas (principalmente de las mujeres) en torno a las principales decisiones demográficas; la persistente dificultad para dar contenido efectivo a ciertos componentes de la política, y el desarrollo de un esquema de promoción y coordinación de políticas en las entidades federativas del país.

El balance y los desafíos que plantea Sandoval son igualmente relevantes de tener en cuenta. Tanto el examen que lleva a cabo como el nuevo entorno demográfico, político, social y económico del país, muestran según el autor la necesidad de una reformulación integral de los contenidos y estrategias de las políticas de población. Tres dimensiones sobresalen como esenciales desde la perspectiva de los resultados esperados: *a*] evaluar el grado y la forma en que se ha logrado incidir en la fecundidad, la salud reproductiva y la mortalidad; *b*] evaluar los avances y los rezagos en el ejercicio de los derechos individuales y sociales más vinculados con el comportamiento demográfico, incluyendo de manera particular los derechos de las mujeres, de los jóvenes, de los adultos mayores y de los pueblos indígenas, y *c*] evaluar la contribución de las políticas de población a los procesos de desarrollo nacional y regional en un sentido más integral, incluyendo particularmente la dimensión espacial o territorial de los mismos.

Para recapitular, este libro destaca un futuro demográfico marcado por un incremento acelerado de la población en edades avanzadas y un rápido aumento de la población en edades activas. Estos procesos son ineludibles. No hay marcha atrás. Los retos que se avecinan se deberán dirigir hacia la transición de la salud, la recomposición de la seguridad social y de las pensiones de retiro, y las nuevas relaciones sociales y familiares que traerán



consigo los cambios en la composición por edad. Tendrán que hacerse todavía importantes esfuerzos en el campo de la salud reproductiva en el marco de los programas sociales, sobre todo en las zonas marginales y áreas rurales que muestran un lento descenso de la natalidad y, en particular, una mortalidad elevada. Se deberá tener como foco de atención a los jóvenes. Es imperativo que los servicios de salud y planificación familiar sean extendidos y fortalecidos, de manera que se ejercite un principio humano fundamental: el derecho de las personas a decidir sobre su procreación. Al mismo tiempo, deberán crearse las condiciones que eleven las condiciones de vida en aquellas zonas que expulsan población.

En otro orden de consideraciones, el desafío que plantea la generación de empleos será creciente, y éste se intensificará aún más por la crisis económica mundial que se ha presentado al final del primer decenio del siglo XXI. Asimismo, habrá que reducir las diferencias en los indicadores poblacionales. De no ser así, continuaremos teniendo dos Méxicos altamente desiguales con patrones demográficos diferentes: uno con niveles de fecundidad y mortalidad, como los observados en los países desarrollados, con mejores niveles de vida y recibiendo migrantes de áreas pobres; otro con niveles de mortalidad y fecundidad elevados, como los que presentan los países más pobres del planeta, con una elevada población indígena y rural, y expulsando a un gran número de personas, algunas de ellas calificadas.

Nuestra política de población tendrá que ser revisada a la luz de esta nueva situación demográfica. Sabemos que la política de población no es sinónimo de planificación familiar y hemos visto que nuevos temas demográficos se están presentando. Hay que tener claro que el centro de la planeación son las personas. Por tanto, nuevos ejes deberán considerarse en su reformulación, como ha sido planteado por Alfonso Sandoval en esta obra: la conformación de nuevas series de diagnósticos y, sobre todo, una nueva problematización de los hechos demográficos en el país y sus relaciones con el entorno regional y mundial; un nuevo planteamiento del papel de las políticas de población en la integración del Estado nacional, su relación con la sociedad civil y las estrategias de desarrollo en su sentido más amplio y el establecimiento de una nueva institucionalidad de las políticas de población.

BRÍGIDA GARCÍA y MANUEL ORDORICA



1
LAS PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN HASTA LA MITAD DEL SIGLO XXI

*Manuel Ordorica**

CONTENIDO

Introducción 30
La población del mundo y sus perspectivas 32
Utilidad de las proyecciones 33
¿Cuándo empezaron a realizarse proyecciones de población en el mundo y de qué tipo eran?, 33; La elaboración de proyecciones demográficas en nuestro país, 34
Situación sociodemográfica futura 35
La demografía en 1910 42
La demografía en el año 2050 42
Demandas socioeconómicas que traerá la dinámica en la estructura por edades de la población mexicana 45
Número de viviendas 47
Distribución general de la población 48
Principales conclusiones sobre el futuro demográfico 48
Referencias 51

* Profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*mordori@colmex.mx*>.



> El arte de la predicción es extraordinariamente difícil,
> sobre todo cuando se trata de predecir el futuro.
>
> Proverbio chino

> El presente es el pasado que va naciendo. El pasado
> es lo que existe, lo histórico. El futuro es una posibilidad,
> aunque rigurosamente posible. Apoyándonos en el pasado,
> estamos en condiciones de atisbar el porvenir.
> Sí, lo podemos prever: vislumbrarlo antes que volteándose
> sobre la ola presente, se haga a su vez pasado.
> Pero ahora, ¿qué es?, ¿una hipótesis, una fantasía?
>
> RAÚL PRIETO, *Los 80: el futuro nos visita*, Conacyt, 1981

INTRODUCCIÓN

Según los astrofísicos, en unos 5 000 millones de años el Sol morirá y el planeta Tierra perecerá con él. Aproximadamente en el mismo tiempo, la galaxia de Andrómeda, que ya se acerca a nosotros, colisionará con la Vía Láctea, por lo que en el muy largo plazo parecería que se encuentra escrito el futuro de la Tierra y la vida en ella (Lippincott, 2000). Los demógrafos no podemos aproximarnos a un futuro tan lejano como lo pueden hacer los astrofísicos.

No obstante este cierto destino, desde que por primera vez los seres humanos aparecieron sobre la faz de la Tierra han tratado de atisbar lo que el futuro les tiene reservado, ya sea mediante la ciencia o mediante el uso de la magia. Al menos lo intuyen para así adelantarse a los acontecimientos, sobre todo si son de corto o mediano plazo. La tarea no es nada fácil, aunque hay quienes se han ganado la vida, por cierto muy bien, adivinando el futuro.

Algunos de los grandes visionarios han tenido poca puntería en sus pronósticos. Por ejemplo, Bill Gates, fundador de Microsoft, en 1981 mencionó que 640 kb debía ser suficiente para cualquiera; Lord Kelvin, presidente de la Royal Society, afirmaba en 1895 que maquinas más pesadas que el aire no podrían volar, y Thomas Watson, presidente de IBM, señaló en 1943 que en su opinión habría un mercado mundial para unas cinco computadoras. Asimismo, en 1927, H.M. Warner, quien fundó Warner Brothers, se preguntaba: ¿para qué diablos se quiere escuchar que los actores hablen? (Smith *et al.*, 2001). Como podemos apreciar con estos ejemplos, el deseo de ver el futuro es insaciable aunque a veces poco exitoso.



Para practicar este arte en la Edad Media los adivinos se valían de la astrología y sus principales herramientas de proyección consistían en bolas de cristal y mapas zodiacales. Quienes nos dedicamos hoy a realizar pronósticos nos valemos de una ciencia llamada "futurología", disponemos de poderosas computadoras, de inmensas series de datos y de complejas fórmulas matemáticas que permiten la predicción de tendencias.

La demografía no escapa al interés de aproximarse al conocimiento del porvenir en algo que preocupa mucho a los individuos: la vida, la muerte y su movilidad. En la elaboración de pronósticos en este campo se tiene una ventaja: debido a que las poblaciones tienen su propia inercia, como resultado de su estructura por edades, es muy probable que las perspectivas demográficas a unos cuantos lustros se hagan realidad. Por eso la demografía traza proyecciones para 50 o 100 años. La idea es prever para actuar. ¿Hay que actuar para cambiar la dinámica demográfica en curso o para adaptarnos a sus consecuencias inevitables?

La población tiene oculto el impulso de su crecimiento en la estructura por edades. Con una población como la de México, el número de padres y madres potenciales va en aumento porque esas generaciones ya han nacido. La inercia o *momentum* demográfico dará lugar a importantes incrementos de población durante los próximos 25 a 50 años. Un descenso de la tasa de fecundidad no produce una desaceleración inmediata del crecimiento demográfico. Aunque la fecundidad se estabilice[1] en el nivel de reemplazo —uno o dos hijos por pareja que reemplazarían la generación de los padres—, la población continuaría aumentando durante algún tiempo. Este fenómeno es más prolongado cuanto más joven es la estructura de edad de la población. Cuando la proporción de mujeres en edad de procrear es elevada, el número de nacimientos puede permanecer constante o incluso aumentar mientras desciende la tasa de fecundidad.

[1] El concepto de población estable fue desarrollado en 1934 por Alfred Lotka, quien demostró que independientemente de la estructura por edad inicial, una población cerrada a la migración y sometida de manera indefinida a una fecundidad y a una mortalidad constantes tiende a una composición por edad constante, determinada completamente por su fecundidad y por su mortalidad. No importan las condiciones iniciales, lo que es relevante es la dinámica de los componentes del crecimiento natural de la población. En la estabilidad todos los indicadores demográficos (tasa bruta de natalidad, de mortalidad y de crecimiento natural) son invariables, sólo cambia el número de habitantes (siempre que la tasa de crecimiento demográfico no sea cero). Un caso particular de población estable se presenta cuando la tasa neta de reproducción es igual a uno y la tasa de crecimiento es cero. Se habla, entonces, de población estacionaria.



Aunque sabemos que no se debe utilizar un concepto de las ciencias físicas en las ciencias sociales, a veces permite aclarar conceptos teóricos. Por ejemplo, supóngase un barco de 100 000 toneladas que viaja a 20 nudos por hora, ¿qué ocurre si lo queremos detener? A partir del momento en que paramos las máquinas comienza a perder velocidad, pero por la ley de la inercia sigue avanzando. Con el crecimiento demográfico se presenta un fenómeno similar. Aunque detengamos dicho crecimiento, la población sigue incrementándose. Sólo después de muchos años la población podrá estabilizarse. También significa que si quisiéramos aumentar la tasa de crecimiento de la población no lo podríamos hacer, puesto que resulta muy difícil revertir procesos sociales de este tipo.

Otro ejemplo que puede aclarar este concepto es la dinámica de la población europea, la cual ha envejecido hasta tal punto que comenzará a disminuir aunque la natalidad aumente. Esto se debe a que las mujeres están retrasando cada vez más el momento de empezar a tener a sus hijos. En Europa las generaciones ancianas son más numerosas que las jóvenes, por lo que las generaciones posteriores tienen menos madres potenciales, de modo que aunque las mujeres tuvieran más hijos no se podría compensar la tendencia descendente, además de que el número de hijos por mujer es menor a dos. El otro hecho que está contribuyendo a este proceso es que la edad a la que se tiene el primer hijo ha ido aumentando con el tiempo, lo que reduce el número de niños que nacen anualmente.

Este fenómeno permite aproximarnos al porvenir, ya que si la demografía no tuviera la capacidad para predecir el futuro, no tendría razón de ser. Las explicaciones que solamente quedan en el pasado, sin la menor posibilidad de pasar la línea del presente, quedan irremediablemente amputadas y representan un mero ejercicio analítico de descripción de hechos.

LA POBLACIÓN DEL MUNDO Y SUS PERSPECTIVAS

En algún momento de los años 2011 o 2012 el mundo llegará a tener 7 000 millones de personas. Podríamos decir que esto ya no es un pronóstico, sino más bien un hecho. Los primeros 1 000 millones de habitantes se alcanzaron en el planeta Tierra en 1850; los siguientes 1 000 millones llegaron menos de un siglo más tarde, en 1930, y los 3 000 millones se registraron en 1960. El ritmo de crecimiento demográfico se mantuvo acelerado y los siguientes 1 000 millones se alcanzaron en 1974. En 1987 el yugoslavo



Gaspar Matej fue el habitante 5 000 millones. Ya sobrepasa los 20 años. ¿Qué será de él? Doce años más tarde, en 1999, la población mundial llegó a 6 000 millones. Podemos decir que el siglo XX fue la centuria del acelerado aumento demográfico y marcará la dinámica de la población del siglo XXI. Realizando una extrapolación de la hipótesis media de las proyecciones de Naciones Unidas publicadas en 2005, en poco más de 50 años tendremos que construir otro mundo similar al de 1987; en ese entonces la población del mundo sería de 10 000 millones de habitantes. Todo lo que se ha construido y hecho a lo largo de la historia de la humanidad tendrá que volver a realizarse en unas pocas décadas.

Como resultado del descenso en los niveles de fecundidad y del alargamiento de la esperanza de vida en gran parte del mundo, un hecho que habrá de observarse a lo largo del siglo XXI es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. El siglo XX puede llamarse el siglo del crecimiento demográfico, mientras que el XXI podría calificarse como el siglo del envejecimiento de la población. Éste, sin duda alguna, será uno de lo principales retos sociales a los que habrán de enfrentarse los seres humanos.

UTILIDAD DE LAS PROYECCIONES

Las proyecciones de población representan un instrumento fundamental para todas las acciones y programas de la administración pública, en la medida que permiten anticiparnos a las demandas sociales. Constituyen el sustento de la política de población, ya que posibilitan evaluar las diferentes trayectorias que se derivarían de afectarse o mantenerse las tendencias actuales de las variables que inciden en el monto, estructura y dinámica demográfica. Hace medio siglo, los pronósticos demográficos se hacían como un mero ejercicio técnico, hoy han pasado a ser una herramienta fundamental en la planeación social y económica del país.

¿Cuándo empezaron a realizarse proyecciones de población en el mundo y de qué tipo eran?

Las primeras proyecciones fueron las de la población total, pues no se contaba con información sobre la natalidad, la mortalidad y la migración. Las perspectivas de la población realizadas por Gregory King en Inglaterra,



hacia fines del siglo XVII, se basaban en el tiempo de duplicación del número de habitantes. Malthus también hizo proyecciones de población utilizando la tasa geométrica de crecimiento, aunque advirtió que las perspectivas demográficas basadas en las tasas de crecimiento o decrecimiento existentes tenían poca probabilidad de ocurrencia debido a la irregularidad de epidemias y hambrunas. Posteriormente, en 1838, Verhulst sugirió la curva logística. Esta función, que modificaron Pearl y Reed, fue objeto de mucha atención entre 1920 y 1930 y luego muy utilizada para reproducir la Teoría de la Transición Demográfica e incluso ha servido para realizar proyecciones de la fecundidad y de la esperanza de vida.

Durante gran parte del siglo XX y lo que llevamos de este siglo, hemos utilizado el método de los componentes para realizar proyecciones de población, el cual consiste en aplicar hipótesis sobre la fecundidad, la mortalidad y la migración a la estructura por edades y sexo. Cada grupo se proyecta con probabilidades de supervivencia. La cifra de nacimientos se obtiene a partir de las tasas de fecundidad proyectadas y a la composición por edad resultante se le suman o se le restan los migrantes.

La elaboración de proyecciones demográficas en nuestro país

México cuenta con una historia importante en pronósticos demográficos que supera el medio siglo. La División de Población de las Naciones Unidas publicó para México en 1954 la primera proyección moderna de población, mientras que el Consejo Nacional de Población publicó la última en el año 2006. Se cuenta con alrededor de una veintena de proyecciones desde mediados del siglo pasado hasta hoy.

Las proyecciones de población elaboradas antes de 1966, aunque fueron relativamente certeras, sirvieron para probar metodologías, evaluar datos censales y estadísticas vitales, e incluso para constatar hipótesis. Las Naciones Unidas y el Centro Latinoamericano de Demografía (Celade) fueron instituciones clave en este proceso de aprendizaje. El Celade, además, formó a gran parte de los demógrafos pioneros en México, que a su vez formarían a los demás demógrafos mexicanos, quienes han realizado el trabajo de proyecciones de población en la actualidad.

Las proyecciones publicadas en 1966 por Benítez y Cabrera empiezan a formar conciencia entre los tomadores de decisión. Estas estimaciones fueron fundamentales para cambiar los objetivos de la política de población de Méxi-



co, de carácter pronatalista, a otros orientados a regular los niveles de fecundidad. Posteriormente, a principios de los setenta, se publicaron unas proyecciones de población que mostraban que según la hipótesis constante, es decir, la que supone que no habría cambios en los componentes demográficos, México tendría 151.8 millones de habitantes para el año 2000. Esta dinámica tan acelerada fue clave para plantear la idea de que debería regularse el ritmo de aumento demográfico. Luego, en 1977, en el Consejo Nacional de Población (Conapo) se realizaron las proyecciones demográficas que sirvieron de base para definir la meta de 1% al año 2000 en el ritmo de crecimiento demográfico. Al mismo tiempo, permitieron analizar los esfuerzos que se tendrían que hacer para cumplirlas. Según los resultados del censo de 2000, llegamos a una cifra de aproximadamente 100 millones; alrededor de 50 millones menos a lo proyectado a partir de la hipótesis constante. Esta cifra en el número de personas es equivalente a la población que México tuvo en 1970.

Las proyecciones de población elaboradas a finales de los setenta sirvieron para definir la meta de 1% en el ritmo de crecimiento demográfico al año 2000 y las metas intermedias. Las que se elaboraron a partir de 1980 hasta final del siglo XX y las realizadas en los primeros años del siglo XXI, sirvieron para monitorear el avance en las metas planteadas y su efecto sobre la dinámica demográfica. La idea era ir haciendo los ajustes a los programas para cumplir con las metas que se habían establecido. Es importante reconocer que no se alcanzó la meta de 1% anual en la tasa de crecimiento natural para el año 2000, pero este número que podría calificarse como mágico fue una guía para la política demográfica de nuestro país en el último cuarto del siglo XX. La meta planteada no hay que verla como algo fijo, inamovible, permanente, pues simplemente fue una orientación que permitió planear la dinámica de la población.

SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA FUTURA

A partir de las proyecciones será posible analizar los principales cambios en cuanto al número y estructura por edad de la población mexicana, que se derivarían de dichas proyecciones entre los años 2000 y 2050, relacionando dichos cambios con los requerimientos de orden social en materia de educación, salud y vivienda. Es importante reconocer el escenario más probable, basado en hipótesis, con respecto a la evolución de los componentes del crecimiento demográfico: la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional.



Para llevar a cabo este análisis se utilizarán las proyecciones más recientes elaboradas por el Conapo, publicadas en 2006, las cuales parten de los resultados definitivos del Conteo de Población y Vivienda, levantado en el año 2005, así como de la información más reciente relativa a los registros de población y las encuestas sociodemográficas. Como todo trabajo de proyecciones, es importante señalar que se les debe actualizar conforme se dispone de nueva información.

En este contexto, ¿cuál ha sido la dinámica demográfica de México? Según las proyecciones de población del Conapo, en el año 2008 México tenía una población de 106.7 millones de personas, contra 98.4 millones en el año 2000, lo que significa un aumento de 8.3 millones en ese periodo. Es importante mencionar que llegamos a menos de los 100 millones, pero no a 1% en 2000. Este hecho coloca a México como el decimoprimer país más poblado del mundo. La población mexicana aumenta a un ritmo de casi un millón de personas anualmente. La tasa de crecimiento demográfico pasó de 3.4% anual en 1970 a 0.8% en el año 2008. No obstante esta importante disminución, la población continuaría duplicándose en periodos de 80 años, de mantenerse invariable la tasa de crecimiento demográfico; la población ya no se duplica cada 20 años como ocurría en el decenio de los sesenta y los setenta del siglo XX.

Entre 1960 y 2008 se observaron importantes cambios en la tasa global de fecundidad. Hacia finales del decenio de los sesenta el número promedio de hijos por mujer, al terminar su vida fértil, era de siete. En el año 2008, también según el Conapo, se estimó que la fecundidad total había caído al nivel de reemplazo de 2.1 hijos por mujer. Se calcula que en 2008 nacieron menos de dos millones de personas y fallecieron 517 000.

Pero el descenso de la fecundidad no ha sido homogéneo en todos los grupos sociales. Es diferencial según la escolaridad y el lugar de residencia. Las encuestas nacionales sobre fecundidad muestran que las mujeres en las áreas metropolitanas tienen menos hijos que las que residen en localidades menores a 20 000 habitantes. También es común observar que a mayor escolaridad, menor número promedio de hijos por mujer: la educación ha probado ser un buen método anticonceptivo. Es importante señalar que se está cerrando la brecha en los niveles de fecundidad entre entidades federativas, por nivel rural-urbano y escolaridad. Sin embargo, mientras que en Guerrero el número promedio de hijos por mujer se encuentra por encima de tres, en el Distrito Federal está por debajo del nivel de reemplazo. El nivel educativo de las mujeres se relaciona con el tamaño de la descendencia.



En 2004, las mujeres con educación secundaria y más tenían dos hijos en promedio, mientras que aquéllas sin instrucción tenían en promedio 3.1 hijos. Esto contrasta con lo que se observaba en 1974, cuando las mujeres con secundaria y más tenían 3.5 hijos en promedio, contra 7.8 hijos de las mujeres sin instrucción, es decir, más del doble. Esto significa que la caída en los niveles de fecundidad fue más rápida entre las mujeres con más bajos niveles educativos que entre las de mayor escolaridad (Partida, 2006). Se empieza a observar un comportamiento deseable, al reducirse la brecha en los niveles de fecundidad por estratos socioeconómicos.

¿Será posible prolongar la vida humana en nuestro país? Aunque vencer ciertas enfermedades y elevar la esperanza de vida al nacer son una conquista de la sociedad moderna, para muchas poblaciones dicho patrimonio todavía se encuentra muy lejano. La victoria parcial sobre la muerte es un avance reciente. ¿Llegaremos a tener algún día una esperanza de vida igual al de la francesa Jeanne Calment, quien murió a los 122 años? Muy probablemente en medio siglo cada persona tendrá una copia de su estructura de ADN, la cual podría estar incorporada a un registro electrónico. Esta información será la base de una forma efectiva de medicina preventiva, lo que podría ayudar a incrementar la esperanza de vida.

Es importante reconocer que se ha producido un descenso significativo en los niveles de la mortalidad. Quizá sea uno de los grandes logros del siglo XX. La esperanza de vida al nacer aumentó de 59 años en 1960 a 74.6 años en 2005; 72 para los hombres y 77 para las mujeres. Las mujeres, como se observa en muchas sociedades, son el sexo fuerte desde el punto de vista de la esperanza de vida. No obstante estos logros, todavía nos encontramos lejos de niveles de mortalidad como los de Japón, donde, en el periodo 2005-2010, al nacer se cuenta con una esperanza de vida de 83 años: 86.4 para las mujeres y 79.1 para los hombres (United Nations Population Division, 2005). Es importante señalar que las cifras nacionales esconden las diferencias. Las entidades federativas con mayor grado de marginalidad tienen al nacer menos esperanza de vida que las que cuentan con una marginalidad menor. La mortalidad infantil, considerada como un indicador del desarrollo, ha presentado una disminución continua: pasó de poco más de 120 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, en 1950, a 16.8 por mil en el año 2005.

Asimismo, los niveles de mortalidad son diferenciales según las condiciones socioeconómicas, hecho que se ha presentado en diversos momentos y lugares en la historia de la humanidad. Hagamos la analogía con los



que fallecieron en el hundimiento del *Titanic*. Recordemos que gran parte de los que murieron en él pertenecían a los estratos más bajos, los que iban en segunda o tercera clase, mientras que muchos de los que viajaban en primera sobrevivieron. También, como ocurre en general, sobrevivieron más mujeres que hombres. Si bien es cierto que todos vamos a morir, hay quienes fallecen a edad temprana y su tiempo de vida es poco saludable. Es importante no sólo vivir más años, sino vivir más años con salud.

Las brechas en los niveles de la mortalidad según entidad federativa se reducen en forma significativa. Según estimaciones del Conapo, mientras que el Distrito Federal cuenta con una esperanza de vida al nacer de casi 76 años, en Guerrero ésta es de 73 años, es decir, tres años de diferencia (Partida, 2006). Al igual que en el caso de la fecundidad, se está reduciendo la diferencia en los niveles de mortalidad según estratos socioeconómicos.

La migración ha jugado un papel importante en el crecimiento de la población. Los habitantes se han concentrado principalmente en el centro del país, integrado por 13 entidades federativas: Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz; seis de cada 10 personas radican en ellas, ocupando casi 20% del territorio.

La población se ha concentrado en cuatro zonas metropolitanas. En la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, la mayor concentración del país, se registraron 17.8 millones de habitantes en el año 2000, casi la quinta parte de la población total. En nuestro país continúa observándose el binomio concentración y dispersión.

La cifras de migración internacional a Estados Unidos han sido motivo de discusión recientemente debido a los números tan elevados que se han estimado. Parecería que ésta se intensificó en los primeros años del nuevo siglo. Este complejo fenómeno implica la pérdida de un importante capital humano. Se estima que en 2005 el crecimiento social fue de –583 399 personas, lo cual significa que hay más salidas que entradas al país. Hace apenas unos lustros el saldo migratorio era de alrededor de –300 000, esto es, casi la mitad de la observada en fechas recientes. También es importante señalar que las pérdidas por el crecimiento social son superiores a las bajas por defunciones, que fueron 501 093 en 2005. Hay más salidas que muertos en el país (Conapo, 2006: 22, cuadro 3).

¿Cuáles serán los efectos que se presentarán en el futuro en la población mexicana? La disminución de la fecundidad ha tenido y tendrá importantes repercusiones en la estructura por edades. Se presentará una dismi-



nución en términos relativos y absolutos de la población en edad escolar y preescolar y un aumento porcentual en la población en edad activa y avanzada. Pero, si bien el descenso tiene un efecto directo sobre la población que demandará escuelas y atención a la salud materno-infantil, dicho efecto es más lento y tarda más tiempo en afectar la estructura y el número de la población en edades activas, ya que esa población está presente en el momento actual, porque ya ha nacido.

Son previsibles los escenarios demográficos del futuro y las demandas que van a provocarse. La observación de las tendencias que sigue la población y sus posibles modificaciones brinda los elementos necesarios para apreciar la magnitud de los esfuerzos que se requieren en diversas áreas. El análisis comprende el periodo 2000-2050. Según estimaciones y proyecciones del Conapo, en el supuesto de que el ritmo de crecimiento demográfico descendiera de 0.89% en el año 2005 a 0.44% anual en 2025 y a –0.20% en 2050, la población total para el año 2025 ascendería a 118.7 millones de personas y a 121.9 millones de mexicanos en 2050 (cuadro 1.1). Los efectos de la disminución serían los siguientes: la población en edad preescolar y escolar (cero a 14 años) pasará de 33.6 millones en 2000 a 26.6 millones en 2025, y a 20.5 millones en 2050. Un ejemplo de la velocidad de la transición se observa en el hecho de que ciertas construcciones que se utilizaban como jardines de niños o escuelas primarias han empezado a usarse como áreas administrativas y en unos años podrían ser centros de atención para personas de la tercera edad. Esas construcciones también podrán utilizarse para atender la educación de las personas de edades mayores. Por lo que se refiere a la población en edades

Cuadro 1.1. Población total por grupos de edades
(millones de personas)

		Grupos de edades		
Año	*Total*	*0-14*	*15-64*	*65 y más*
2005	103.9	32.5	66.0	5.4
2010	108.4	30.5	71.5	6.4
2015	112.3	28.3	76.3	7.7
2020	115.8	26.9	79.5	9.4
2030	120.9	25.1	81.5	14.3
2040	122.9	22.7	79.7	20.5
2050	121.9	20.5	75.5	25.9

Fuente: estimaciones propias basadas en Conapo, 2006.



activas (15 a 64 años), el volumen de población pasará de 59.9 millones en 2000 a 80.5 en 2025, y a 75.5 millones en 2050. Uno de los principales problemas de las próximas dos décadas será el empleo. A partir del primer cuarto del siglo hasta 2050 este problema se irá reduciendo lentamente. La población en edad de jubilación (65 y más) pasará de 4.9 millones en 2000 a 11.9 millones en 2025 y a 25.9 millones en 2050. No hay duda de que éste será el tema del siglo XXI. ¿Qué significado tienen estas cifras? En 2025 y 2050 la población en edades avanzadas se habrá multiplicado por 2.5 y por seis, respectivamente, con respecto a la población de estas edades que había en 2000. Este hecho, en cambio, no se presentará en el sector de edades de cero a 14 años, ya que este grupo se reducirá entre 2000 y 2025, y también con respecto al año 2050. Es importante destacar, por ejemplo, que el ritmo de formación de profesores en los primeros niveles de educación deberá reducirse, en virtud de que podría ocurrir lo siguiente: tener maestros que no tengan alumnos. La demanda de escuelas en educación básica y media básica se reducirá significativamente, lo que podría redundar en una mejora de la calidad de la educación en estos niveles.

Entre 1970 y el año 2050 se observarán importantes transformaciones demográficas en la estructura por edades. En los años setenta México tenía una estructura por edades parecida a la Pirámide del Sol. La composición por edades de principios del siglo XXI se parecía al chocolate llamado *Kiss* y la que observaremos en 2050 será semejante a la forma que adopta un panqué.

La regulación de la tasa de crecimiento no ha sido suficiente para adecuar los procesos demográficos con los del desarrollo. Urge regular los movimientos migratorios, estimulando la permanencia de la población en sus lugares de origen o la reorientación de las migraciones hacia ciudades de tamaño intermedio, hacia zonas con recursos naturales y productivos, mediante la creación de fuentes de empleo. La regulación de los movimientos migratorios y la disminución del crecimiento demográfico harán posible que se reduzca la población de las zonas metropolitanas. Un tema que estará presente en la discusión de las políticas de población es el agua. Seguramente que en el futuro será un elemento que podría definir la distribución de la población en el territorio nacional. Podría hacerse efectiva aquella frase que decía: “La marcha al mar”. Hasta la fecha podemos afirmar que la política de población fue exitosa con respecto a la regulación de la tasa de natalidad, pero no hemos sido capaces de tener una distribución más equitativa en el territorio nacional.



2010

Hombres Mujeres

100 o más, 90-94, 80-84, 70-74, 60-64, 50-54, 40-44, 30-34, 20-24, 10-14, 0-4

15% 10% 5% 0 5% 10% 15%

2020

Hombres Mujeres

100 o más, 90-94, 80-84, 70-74, 60-64, 50-54, 40-44, 30-34, 20-24, 10-14, 0-4

15% 10% 5% 0 5% 10% 15%

2030

Hombres Mujeres

100 o más, 90-94, 80-84, 70-74, 60-64, 50-54, 40-44, 30-34, 20-24, 10-14, 0-4

15% 10% 5% 0 5% 10% 15%

2040

Hombres Mujeres

100 o más, 90-94, 80-84, 70-74, 60-64, 50-54, 40-44, 30-34, 20-24, 10-14, 0-4

15% 10% 5% 0 5% 10% 15%

Fuente: Conapo, 2006.

Gráfica 1.1. Población por grupos de edad y sexo.

Es importante señalar que tendrán que hacerse mayores esfuerzos para intensificar la salud reproductiva en el marco de los programas sociales, sobre todo en las zonas marginales y áreas rurales que muestran un lento descenso de la natalidad y una mortalidad elevada. Es imperativo que los servicios de salud y planificación familiar sean extendidos y fortalecidos, de manera que se ejercite un principio humano fundamental: el derecho de las personas para decidir sobre su procreación. Estos programas deberán dirigirse a la población adolescente. Al mismo tiempo, deberán crearse las condiciones que eleven la calidad de vida en aquellas zonas que expulsan población.



¿Cómo será la demografía en el año 2010? El número promedio de hijos por mujer al final de su vida fértil será de 2.08: la población se encontrará cerca del reemplazo. El aumento en la esperanza de vida hasta los 75.4 años permitirá que la mayoría de los niños que nazcan en esa época tengan vivos a sus padres, abuelos y aun a sus bisabuelos. Un niño podrá convivir con sus padres por cinco a seis décadas, cuando a principios del siglo XX sólo convivía 10 o 20 años con ellos. Será común observar a tres o hasta cuatro generaciones vivas al mismo tiempo.

Las proyecciones de la migración internacional son más difíciles de plantear debido a las condiciones de este componente. En este caso se supone que los niveles actuales de la migración externa del país se mantendrán constantes en el futuro. Para 2010 se supone que habrá un saldo de –555 066 migrantes en el supuesto de que se cumplan las hipótesis del Consejo Nacional de Población.

LA DEMOGRAFÍA EN 1910

En el inicio del siglo XX la natalidad y la mortalidad eran elevadas. La esperanza de vida al nacer era cercana a los 30 años. Un elevado porcentaje de niños que nacían en esa época no conocían a sus padres y abuelos, como resultado de la reducida esperanza de vida. Debido a que la fecundidad y la mortalidad infantil eran elevadas, los niños no llegaban a conocer a muchos de sus hermanos. Las personas se casaban a edades jóvenes y por la elevada mortalidad las uniones conyugales terminaban pronto.

En un siglo, la esperanza de vida al nacer aumentó casi 50 años. Es decir, medio año más por cada año calendario. El número promedio de hijos se redujo de siete a casi el nivel de reemplazo. Disminuyó más de tres veces. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 301.8 por mil en el periodo 1908-1910 a 14.2 en 2010. En 100 años la tasa de mortalidad infantil disminuyó 21 veces.

LA DEMOGRAFÍA EN EL AÑO 2050

El número promedio de hijos por mujer al final de su vida fértil será de 1.85. La población se encontrará por debajo del reemplazo. La tasa de crecimiento demográfico ya será negativa y nuestro país podría ir hacia su



extinción poblacional. El aumento en la esperanza de vida hasta los 81.9 años, parecida a la que hoy ya tiene Japón, permitirá que la mayoría de los niños que nazcan en esa época tengan vivos a sus padres, abuelos y aun a sus bisabuelos. Un niño podrá convivir con su padre por cinco o seis décadas, cuando a principios del siglo XX sólo convivía una o dos. Será común observar a tres o hasta cuatro generaciones vivas al mismo tiempo. Las mujeres tendrán 83.9 años de esperanza de vida al nacer y los hombres cuatro años menos. En el caso de que se pudieran eliminar las principales causas de muerte después de los 85 años, nuestro país podría acercarse teóricamente a una esperanza de vida cercana a los 95 años. Sin embargo, estas cifras en la esperanza de vida estarían todavía muy lejos del récord registrado por la pionera en la revolución de la longevidad: Jeanne Calment, quien vivió 122 años (Figueroa, 2008: 73).

La vida de las mujeres se ha prolongado, si observamos las tablas de mortalidad. Su esperanza de vida desde el matrimonio es de 60 años, desde la primera menstruación es de aproximadamente 70 años, con respecto al final de su vida reproductiva es de 45 años; el promedio de años vividos entre el nacimiento del último hijo y la edad de 65 años es de 35 años. Esto significa que una mujer que haya concluido su periodo de reproducción puede volver a encontrar una vida activa y productiva fuera de la familia por bastantes años. La mayor longevidad de las mujeres se refleja en que, en los grupos poblacionales de 65 años y más, la proporción es de 85 hombres por 100 mujeres. Precisamente por su mayor longevidad y porque a edades avanzadas se presentan más padecimientos y carencias de recursos, hay más mujeres pobres y enfermas, lo cual para ellas resulta en una doble discriminación. Problemas como éste han estrechado más las relaciones entre demógrafos y actuarios, quienes consideran tales situaciones para diseñar sistemas de jubilación. Por tanto, estos sistemas deberían tener como centro de atención a las mujeres, pues viven solas por periodos largos y en la mayoría de los casos sin trabajo, lo que complica el acceso a los beneficios de ese sistema.

Los 10 años de mala salud, que ahora se dan entre los 70 y los 80 años, podrían presentarse entre los 90 y los 95 años. La juventud, que ahora abarca de los cero a los 25 años, podría ser de los cero a los 35 años; los adultos jóvenes de entre 25 y 45 años vivirán esta etapa de los 35 a los 55; las edades medias que hoy van de los 45 a los 65 años, abarcarán de los 55 a los 75; y los adultos envejecidos entre los 65 y los 85, pasarán a vivir este periodo de los 75 a los 95, o quizá a los 100. Este aumento en la esperanza



de vida propiciará un incremento aún mayor de la tasa de crecimiento demográfico, sobre todo de la población de edad avanzada. Si Malthus resucitara, se asombraría ante la dificultad de alimentar a esta población vieja. Ahora recordamos la frase del profesor Raúl Benítez Zenteno, en los años ochenta: "Cuidado, vamos a ser pobres y viejos", para indicar lo que no se previó. Siempre nos gana el futuro.

La tasa de mortalidad infantil, según el Conapo, a mitad de siglo sería de 3.2 por mil nacidos vivos (Conapo, 2006). Aproximadamente la quinta parte de la estimada para 2005. Esta tasa es igual a la que hoy se presenta en Japón, país que tiene el nivel más bajo de mortalidad infantil.

Un hecho que se observará en las gráficas donde aparezcan series de datos sobre la tasa bruta de mortalidad será su ascenso continuo, el cual ya empezó o está por comenzar en algún momento del primer decenio del siglo XXI, como resultado del efecto de una estructura por edades más envejecida de la población mexicana.

Las proyecciones de la migración internacional son más difíciles de plantear debido a las condiciones de este componente. En este caso se supone que los niveles actuales de la migración externa del país se mantendrán constantes en el futuro. Para 2010 se supone que habría un saldo de –555 066 migrantes, en el supuesto que se cumplan las hipótesis del Conapo. Se supone, como un buen deseo, que para el año 2050 el crecimiento social sería de sólo 393 321, cifra similar a la observada a principios del año 2000.

Se prevé que en 2050 el planeta llegue a 9 000 millones de personas, según la variante media de Naciones Unidas. La India será el país más poblado de la Tierra, con casi 1 600 millones de individuos, mientras que China llegará casi a los 1 400 millones. Entre los dos sumarán la tercera parte de la población total del planeta. Estados Unidos estará llegando casi a los 400 millones, 2.8 veces más grande que México. La esperanza de vida del mundo será de 75 años, con una tasa de mortalidad infantil de 25 por mil. Japón llegará a una esperanza de vida de casi 90 años que será la más elevada del mundo, y sólo tendrá una tasa de dos defunciones de menos de un año por cada mil nacidos vivos. El planeta estará alcanzando el nivel de reemplazo en 2050. Muchos países en el mundo, sobre todo de Europa, se encontrarán por debajo del reemplazo poblacional. Muchos países de Europa del Este tienen ya una tasa global de fecundidad por debajo de uno. Un ejemplo de esta situación es el caso de Ucrania, que tiene una tasa global de fecundidad de 0.9 para el periodo 2005-2010.



DEMANDAS SOCIOECONÓMICAS QUE TRAERÁ LA DINÁMICA EN LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN MEXICANA[2]

Las transformaciones en la composición por edades y por sexo plantean cambios en el ámbito social y en el económico, entre otros. Existe una amplia gama de efectos de la dinámica demográfica en el mediano y largo plazos. En este apartado me centraré sólo en las futuras demandas en educación básica, salud y vivienda.

La población de entre seis a 11 años, que es la población en edad de asistir a la primaria, disminuye desde el año 2000. Se calcula que en 2010 habrá 12.6 millones de niños en este grupo y descenderá hasta 8.2 millones en 2050. La matrícula de este grupo se encuentra ya casi en 100%. Las cifras que se derivan de las proyecciones muestran que en el mediano y largo plazos podrá disminuirse la carga en el número de maestros que se requieren para satisfacer la demanda. Se necesitará cada vez un menor número de docentes. Entre 2010 y 2050 este número se reducirá de 494 000 docentes a sólo 322 000. Habrá que acelerar acciones orientadas a transferir docentes desde este nivel a niveles superiores. Asimismo, habrá que utilizar las instalaciones de primaria en niveles superiores.

Por lo que respecta a la población de 12 a 14 años, que es la que se encuentra en edad de asistir a la secundaria, ésta empezó a descender a partir de 2005. Ese año había 6.6 millones de jóvenes en dicho rango de edades, cifra que descenderá rápidamente hasta llegar a 4.2 millones en 2050. La matrícula de secundaria y, en consecuencia, la del número de docentes, empezará a descender en el decenio de 2010 a 2020. El máximo de la matrícula se encontrará en 2015 con 6.1 millones (cuadro 1.2).

Los pronósticos de las demandas de salud en lo referente al número de médicos y enfermeras muestran que, mientras que el personal médico crecerá con la misma intensidad que la población total, el monto de enfermeras deberá aumentar en más de 50% en los próximos 15 años para cumplir con la recomendación internacional para el año 2010. El número de médicos aumentará de 135 000 en 2005 a casi 160 000 en 2050, mientras que el número de enfermeras se incrementará de 405 000 en 2005 a 475 000 a mediados del siglo XXI (cuadro 1.3).

[2] Los datos utilizados para responder esta cuestión se basan en Gómez de León y Partida, 2001.



Cuadro 1.2. Matrícula de educación básica y cobertura
(millones de alumnos)

	Población		*Matrícula*		*Cobertura*	
Año	*Primaria 6-11*	*Secundaria 12-14*	*Primaria 6-11*	*Secundaria 12-14*	*Primaria 6-11*	*Secundaria 12-14*
2005	13.3	6.6	13.0	5.2	98.4	78.6
2010	12.6	6.4	12.6	5.7	100.0	89.3
2015	11.2	6.1	11.2	6.1	100.0	100.0
2020	10.7	5.4	10.7	5.4	100.0	100.0
2030	10.1	5.1	10. 1	5.1	100.0	100.0
2040	9.2	4.7	9.2	4.7	100.0	100.0
2050	8.2	4.2	8.2	4.2	100.0	100.0

Fuente: estimaciones propias basadas en Conapo, 2006.

El proceso acelerado de la población en edades avanzadas va unido a un número creciente de personas que presentan algún deterioro en sus funciones, ya sean físicas o mentales. Se estima que entre 2010 y 2050 el número de personas de edades avanzadas que presentará impedimentos físicos pasará de tres a 15 millones, es decir, se multiplicará por cinco en este periodo. Es importante señalar que estas previsiones no consideran el posible aumento en la esperanza de vida, lo que seguramente acentuará los números antes señalados. En los próximos años se deberán iniciar programas de educación y capacitación, y crear la infraestructura necesaria para atender a la creciente población de personas de la tercera edad. En unas cuantas décadas hemos pasado de ser un país con una composición por

Cuadro 1.3. Recursos humanos para la educación básica y la salud
(miles)

	Personal docente			*Personal médico*		
Año	*Primaria*	*Secundaria*	*Total*	*Médicos*	*Enfermeras*	*Total*
2005	517.7	370.9	888.7	135.0	404.9	540.0
2010	494.1	363.2	857.3	140.8	422.3	563.1
2015	436.9	345.9	782.8	145.9	437.6	583.4
2020	419.8	305.6	725.3	150.3	451.0	601.4
2030	396.5	287.8	684.3	157.0	471.1	628.2
2040	358.1	266.0	624.1	159.7	479.0	638.6
2050	321.6	237.0	558.6	158.3	474.8	633.0

Fuente: estimaciones propias basadas en Conapo, 2006.



edad joven, a tener una estructura envejecida. La rápida caída en los niveles de la mortalidad y el *baby boom* nos tomó desprevenidos, por lo que llegamos una o dos décadas tarde al establecimiento de programas de planificación familiar. Es ahora importante que no nos tome por sorpresa la explosión demográfica de la población en edades avanzadas, la cual tendrá una velocidad mayor a la observada en la población total.

El acelerado proceso de envejecimiento requerirá de un cambio en la estructura de la población de médicos según su especialización. Se necesitarán más gerontólogos, oncólogos, geriatras, cardiólogos, y menos pediatras. Debido al acelerado crecimiento de la diabetes, seguramente que también aumentará el número de especialistas en nutrición. Los jardines de niños se deberán transformar en centros de atención a los ancianos.

El descenso en el número de hijos por mujer y el aumento en la esperanza de vida al nacer traerán consigo importantes transformaciones en la composición y en la estructura de las familias, las cuales se integrarán cada vez más con adultos en edades avanzadas, muchos de los cuales serán mujeres. Las familias serán reducidas, no llegarán a cuatro miembros en las zonas urbanas.

NÚMERO DE VIVIENDAS

El número de viviendas pasará de 26 millones en el año 2005 a 51 millones en 2050, es decir, se multiplicará prácticamente al doble (cuadro 1.4). Esto significa que en el curso de casi medio siglo se deberá construir otro país

Cuadro 1.4. Hogares y viviendas particulares
(millones de hogares, vivienda y población)

Año	*Hogares*	*Viviendas particulares*	*Población en hogares*	*Miembros por hogar*	*Ocupantes por vivienda*
2005	26.5	25.9	103.5	3.9	4.0
2010	30.0	30.0	107.9	3.6	3.6
2015	33.9	32.9	111.8	3.3	3.4
2020	37.2	36.0	115.2	3.1	3.2
2030	43.0	43.0	120.4	2.8	2.8
2040	47.1	47.1	122.4	2.6	2.6
2050	50.5	48.6	121.3	2.4	2.5

Fuente: estimaciones propias basadas en Conapo, 2006.



semejante al de principios del siglo XXI. Las viviendas se caracterizarán por tener un número reducido de cuartos para alojar a no más de tres ocupantes por vivienda. El incremento de 25 millones de viviendas entre los años 2005 y 2050 traerá consigo un aumento también acelerado en el suministro de agua y energía eléctrica.

DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN

Actualmente, prevalece la fuerte concentración en el centro del país. El Estado de México es la entidad federativa más poblada, con 14 millones en 2005, mientras que Baja California Sur es la menos habitada, con 509 000 residentes. En el Distrito Federal habitan 8.8 millones de personas, lo que la hace la segunda más poblada. Entre el Estado de México y el Distrito Federal se concentra la quinta parte de la población nacional.

En 2030, según las proyecciones de Consejo Nacional de Población se mantendrá la fuerte concentración de la población. El Estado de México llegará a 18.1 millones de personas, manteniéndose como la entidad más poblada, y en el Distrito Federal habitarán 8.6 millones de personas. Entre ambas entidades tendrán la misma proporción respecto a la población nacional que la calculada para 2005.

PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE EL FUTURO DEMOGRÁFICO

En nuestro país continuarán descendiendo los niveles de mortalidad y fecundidad. A mediados del siglo XXI tendremos una fecundidad por debajo del reemplazo y la esperanza de vida superará los 80 años. Seguramente continuará la migración a Estados Unidos, pero con menor intensidad. En el decenio de los cuarenta del siglo XXI la población empezará a descender. ¿Comenzaremos el camino hacia la posible extinción de nuestra población?

La inercia o *momentum* demográfico provocará un rápido aumento en la demanda de empleo, la cual se acentuará en la población femenina. Se requerirá un gran número de enfermeras para atender a los ancianos y ancianas. Habrá un aumento acelerado en la demanda de viviendas, aunque el tamaño medio de las familias se reducirá a casi la mitad en medio siglo.

Es posible afirmar que en nuestro país se cumplió la meta cuantitativa en el número de mexicanos al final del siglo XX, pero es necesario avanzar



en lo cualitativo, es decir, en el mejoramiento de la calidad de vida, para hacer efectivo el famoso mensaje de los setenta, según el cual "La familia pequeña vive mejor". Al disminuir los niveles de fecundidad podemos señalar, como sostiene Gustavo Cabrera, que "la población ya le cumplió al desarrollo", pero ahora falta que el desarrollo le cumpla a la población, pues hasta ahora lo que puede concluirse es que la familia pequeña no necesariamente vive mejor.

Nuestro país está ingresando en la cuarta etapa de la transición demográfica, con bajos niveles de natalidad y niveles de mortalidad intermedios, pero en descenso. Quienes habitaron nuestro país en el siglo XX fueron espectadores de grandes transformaciones demográficas. En 1910 éramos 15 millones de personas y crecíamos a una tasa de poco más de 1% anual. El crecimiento era lento, porque si bien la natalidad era muy elevada, cercana a la fecundidad natural, la mortalidad también era elevada. En 2010 seremos casi 110 millones de mexicanos. La tasa de crecimiento total de la población habrá roto la barrera de 1% anual, con una tasa de 0.8% anual. En un siglo habremos pasado de 1.1% en 1910 a 0.8% en 2010, es decir, casi la misma cifra en estos dos momentos, pasando por el crecimiento más elevado de nuestra historia, de 3.4% anual en el decenio de los sesenta. En un siglo la población se multiplicó siete veces. En una centuria hemos tenido que construir siete Méxicos como el de 1910. La esperanza de vida al nacer se ha más que duplicado en este siglo. En 2010 llegaremos a 75 años de esperanza de vida, cuando en 1930 era de poco más de 35 años; más del doble de aumento en 80 años. La mortalidad infantil pasó de poco más de 300 defunciones de niños menores de un año en 1910 a 14 por mil, lo que significa una tasa de mortalidad infantil 21 veces menor a la de 1910. El número promedio de hijos por mujer era de seis en 1930 y de dos hijos en promedio en 2010, cifra que significa el nivel de reemplazo. En 2010 tendremos la tercera parte de la tasa global de fecundidad de 1910. Un hecho sorprendente es que en 2005 la población decreció más por la salida de emigrantes que por defunciones.

La transición demográfica ha sido muy acelerada en nuestro país: en pocos años tuvimos una población predominantemente joven y, también, en pocos años la población será predominantemente vieja. Primero, no tuvimos el suficiente tiempo para programar las demandas de una población joven y hoy queda ya poco tiempo para atender las demandas de una población en acelerado proceso de envejecimiento. El futuro siempre nos alcanza.



Es importante mencionar que hoy es el momento en que se decide el país que tendremos a mediados del siglo XXI y se sienten las bases para el siglo próximo. Es hoy cuando se decide qué país queremos para nuestros hijos y los hijos de nuestros hijos. Sabemos que México deberá enfrentar tres temas demográficos fundamentales en este siglo: el del envejecimiento de la población, el del rápido incremento de la población en edades de trabajar y el de la fuerte migración al país del norte. Estamos perdiendo gran parte de nuestra población joven que sale a trabajar a Estados Unidos, porque no hemos sido capaces de crear los empleos en nuestro país para retener a esa población. Éste es un trinomio indisoluble, porque si no producimos el número adecuado de empleos, la población continuará migrando y se acentuará el problema financiero de las pensiones y jubilaciones. Esperamos no llegar a estar en la situación siguiente: ser un país pobre, de muchos viejos, gran parte de los cuales serían mujeres, viviendo solas y enfermas. Esto plantea la necesidad de diseñar sistemas de jubilación que se centren en la población femenina, puesto que muchas de las mujeres no cuentan con seguridad social. Seguramente los especialistas en población se enfocarán en temas como la mortalidad en edades avanzadas. ¿Será posible que algún día los seres humanos lleguen a una vida media de 122 años, como Jeanne Calment? ¿Seguirá nuestro país teniendo una distribución concentrada en unas cuantas zonas metropolitanas y olvidando nuestras zonas costeras? Un tema que cobrará cada vez más importancia es el de la familia ampliada. Debido a la elevada esperanza de vida al nacer, será frecuente que convivan varias generaciones. Los niños y niñas vivirán junto a sus padres y madres, a sus abuelos y abuelas, a sus bisabuelos y bisabuelas y a sus tatarabuelos y tatarabuelas. Van a ser familias multigeneracionales, pero pequeñas.

Tenemos la oportunidad de aprovechar el llamado "bono demográfico", el cual se producirá por el cambio en la estructura por edad de la población, al aumentar aceleradamente aquélla en edades activas en los próximos decenios. Este proceso lo podemos ver como una oportunidad histórica o como un problema, porque si la economía no crece en los siguientes lustros podría presentarse una pesadilla demográfica. Sería muy grave que no se generaran los suficientes empleos en la economía formal y que este bono se nos fuera de las manos. Pasarían muchos años antes de que se tuviera otro bono como el que se nos presenta ahora, debido a las oscilaciones en la estructura por edad.

Al mismo tiempo, si bien se han reducido las diferencias en los indicadores poblacionales, se deberá continuar avanzando en la reducción de las



brechas. De no ser así continuaremos teniendo dos Méxicos, con patrones demográficos diferentes: uno con niveles de fecundidad y mortalidad como los observados en los países desarrollados y otro con niveles de mortalidad y fecundidad todavía elevados, como los que presentan los países más atrasados del planeta, y expulsando a un gran número de personas al extranjero, muchas de ellas con elevada calificación.

REFERENCIAS

Conapo, 2006. P*royecciones de la población de México, 2005-2050*. México (Prospectiva Demográfica).

Figueroa Campos, B. (coord.), 2008. *El dato en cuestión. Un análisis de las cifras sociodemográficas*. México, El Colegio de México.

Gómez de León, J., y V. Partida, 2001. Proyecciones de población para el nuevo siglo: el proceso de envejecimiento de la población mexicana, en J. Gómez de León y C. Rabell (coords.). *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Consejo Nacional de Población-Fondo de Cultura Económica, pp. 991-1022.

Partida, V., 2006. Situación demográfica nacional y estatal, en Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México, 2006*. México, pp. 11-26.

Smith, S.K., J. Tayman y D.A. Swanson, 2001. *State and Local Population Projections. Methodology and Analysis*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Lippincott, K., 2000. *El tiempo a través del tiempo*. Barcelona, Grijalbo.

United Nations Population Division, 2005. Comprehensive Tables, en *World Population Prospects: The 2004 Revision*, 1, Nueva York.




EL COLEGIO
DE MÉXICO

2
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

*Roberto Ham Chande**

CONTENIDO

El envejecimiento de la población 54
Dinámica demográfica del envejecimiento 56
El advenimiento de centenarios 57
Implicaciones sociales y económicas 58
Envejecimiento y salud 59
Presencia de enfermedades crónicas, 60; Actividades de la vida diaria, 61; Indicadores de salud, 61; Estado de salud, 61; Esperanzas de vida y expectativas de salud, 62
Seguridad económica en la vejez 64
Seguridad social y pensiones de retiro 65
Las pensiones como mecanismo de transferencias 66
Los beneficios definidos y el gran escollo 68
La falacia de las contribuciones definidas 70
En busca de nuevos paradigmas 73
Aspectos políticos y sociales 74
Escenarios del envejecimiento 75
Referencias 76

* Profesor-investigador de El Colegio de la Frontera Norte: <*rham@colef.mx*>.



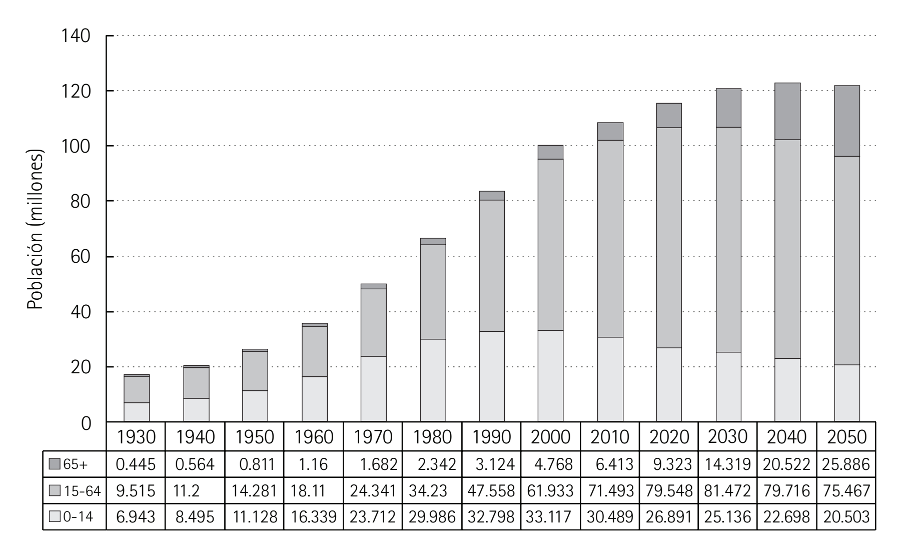
EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Se estima que en 1810 la población de México era de 6.1 millones (De Gortari Rabiela, 1993). En un siglo esta cifra se multiplicó 2.5 veces, llegando a 15.2 millones de habitantes en 1910 (Conapo, 1999), y en el siguiente siglo se multiplica por 7.4 para alcanzar 108.4 millones de personas en 2010 (Conapo, 2009). Este crecimiento demográfico ha sido producto de la natalidad, la mortalidad y la migración, que a su vez se ven determinadas por las condiciones sociales y económicas, en un proceso que también modifica la distribución por edad y sexo. Los indicios históricos muestran que durante el primer siglo del México independiente el crecimiento y las estructuras demográficas tuvieron alteraciones leves y temporales debido a migraciones, episodios de guerra y epidemias, pero manteniendo inercias de crecimiento paulatino con altas tasas de fecundidad y mortalidad. Estas tendencias cambiaron durante las primeras décadas del siglo XX por efecto de la Revolución y sus secuelas, además de las consecuencias de la notable epidemia de influenza española (Ordorica y Lezama, 1993). Una vez alcanzada la pacificación y el reordenamiento de las instituciones en la década de los treinta, la población entra en una dinámica que sigue el patrón de la transición demográfica, en el cual el descenso de la mortalidad antecede al de la fecundidad, esta vez ocasionando un acelerado crecimiento poblacional y cambios sustanciales en las estructuras por edades.

En la gráfica 2.1 y el cuadro que la acompaña se presentan los montos de población en grandes grupos de edad a partir de 1930 y con proyecciones hasta 2050. En 1930 la población en las edades más jóvenes, de cero a 14 años, era casi de 7 millones y conformaba 41.1% del total, cifra que llega al máximo de 47.7% en 1970, como reflejo de las altas tasas de fecundidad y el descenso de la mortalidad infantil en las décadas anteriores. A partir de 1970 se inicia la notable reducción de la fecundidad, lo que provoca que en 2010 este porciento baje a 28.1%. Se proyecta que este segmento llegue a 20.8% en 2030 y a 16.8% en 2050. En términos de número de personas en este grupo, la proyección dice que en algún momento después del año 2000 se ha iniciado el decremento, con 30.5 millones en 2010, 25.1 en 2030 y 20.5 en 2050 (Conapo, 2009).

Desde 1930 el grupo intermedio, en edades de 15 a 64, ha observado incrementos en números absolutos, los cuales se espera se mantengan hasta después de 2030. En términos porcentuales disminuye de 1930 a 1970 por efecto principal de la población joven; bajó de 56.3% en 1930 a 48.9% en





	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65+	0.445	0.564	0.811	1.16	1.682	2.342	3.124	4.768	6.413	9.323	14.319	20.522	25.886
15-64	9.515	11.2	14.281	18.11	24.341	34.23	47.558	61.933	71.493	79.548	81.472	79.716	75.467
0-14	6.943	8.495	11.128	16.339	23.712	29.986	32.798	33.117	30.489	26.891	25.136	22.698	20.503

Fuente: Conapo, 2009.

Gráfica 2.1. Montos de población (millones) en grandes grupos de edad, 1930-2050.

1970. A partir de 1970 la creciente participación porcentual y también absoluta de este grupo viene de un doble efecto. Por una parte, la mayor supervivencia de los grandes efectivos de población joven provocada por la alta fecundidad en los años anteriores a 1970. Por la otra, después de 1970 las tasas de fecundidad son menores, con lo que disminuye la participación porcentual de las primeras edades. De esta manera, el sector de edades 15 a 64 asciende porcentualmente a 66.0% en 2010, con 71.5 millones, y se proyecta a 67.4% en 2030, con 81.5 millones. Después de 2030 se esperan descensos que lo estiman en 75.5 millones para el año 2050, equivalente a 61.9% del total de la población.

Se destaca que en estos cambios en las estructuras por edad, el sector en edades avanzadas, de 65 y más, muestra sólo incrementos en los números porcentuales y absolutos, tanto en el pasado como en lo proyectado para el futuro. En 1930 eran 445 000 personas, representando 2.6% del total, y en los siguientes 60 años este número sube lentamente hasta 3.7% en 1990, con 3.1 millones de personas. De ahí su crecimiento se acelera hasta llegar a 5.9% y 6.4 millones en 2010, con proyecciones de 11.8% y 14.3 millones en el año 2030. Para 2050 se estiman cifras tan altas como 21.2% y 25.9 millones.



DINÁMICA DEMOGRÁFICA DEL ENVEJECIMIENTO

En las primeras etapas el incremento porcentual de la población envejecida fue relativo y mayormente determinado por el descenso de la fecundidad. Pero en etapas posteriores y, sobre todo a futuro, los factores principales del envejecimiento están relacionados con el descenso de la mortalidad y los consecuentes incrementos en las esperanzas de vida (promedio de años por vivir en personas de la misma edad). Durante más de un siglo las esperanzas de vida se han incrementado, dando mayor presencia a los sectores de población de 65 y más. En el cuadro 2.1 se muestran las esperanzas de vida al nacer y a la edad alcanzada de 65 años, por sexo, desde 1930 e incluyendo proyecciones hasta 2050 (Conapo, 2009).

Es notable el crecimiento de las esperanzas de vida, tanto al nacer como cuando se llega a la edad de 65 años. También es notorio y, de hecho conocido, que las esperanzas de vida de las mujeres son mayores que las masculinas. Entre 1930 y la actualidad se han ganado 37.6 años en las esperanzas de vida al nacer de los hombres, ya que pasaron de 35.5 años a 73.1. En las mujeres la ganancia fue de 40.8 años, pasando de 37.0 a 77.8 años. En ese mismo lapso los hombres que cumplen 65 años de edad incrementaron la esperanza de vida en más de seis años y las mujeres en más de siete. A la edad de 65 y para ambos sexos en 1930 se vivía un promedio de casi 11 años y en 2010 la expectativa es de 16.8 en los hombres y 18.2 en mujeres.

Debe añadirse que el crecimiento de las esperanzas de vida a la edad de 65 indica que el grupo de 65 y más tiene interiormente una dinámica de envejecimiento. Con el tiempo estos sobrevivientes llegan a edades cada

Cuadro 2.1. Esperanza de vida al nacer y a la edad de 65 años

	Hombres		*Mujeres*	
Decenio	*E(0)*	*E(65)*	*E(0)*	*E(65)*
1930	35.5	10.7	37.0	10.9
1950	48.2	12.6	51.1	13.0
1970	39.7	14.2	63.6	15.0
1990	68.9	16.5	74.0	17.8
2010	73.1	16.8	77.8	18.2
2030	76.8	17.9	81.2	19.1
2050	79.9	19.3	83.9	21.1

Fuente: Conapo, 2009.



Cuadro 2.2. Distribución porcentual en quinquenios de la población de 65 y más años de edad

Edad	*1930*	*1950*	*1970*	*1990*	*2010*	*2030*	*2050*
65-69	48.60	45.64	37.07	37.36	35.71	36.15	27.82
70-74	28.74	29.20	26.29	25.17	26.12	26.66	24.34
75-79	14.86	15.75	17.40	17.75	17.81	17.56	19.97
80-84	5.93	6.83	11.11	11.18	11.01	10.62	14.13
85-89	1.56	2.12	5.42	5.71	5.94	5.68	8.42
90-94	0.28	0.41	2.08	2.18	2.45	2.45	3.88
95-99	0.03	0.05	0.55	0.55	0.81	0.74	1.21
100+	0.00	0.00	0.07	0.09	0.16	0.13	0.23

Fuente: Conapo, 2009.

vez mayores, como dejan ver los crecientes porcentajes de población en las edades más avanzadas del cuadro 2.2.

En 1930 la edad de casi la mitad de la población de 65 años y más fluctuaba entre los 65 y 69 años, los más jóvenes de los viejos, y solamente 8% tenía 80 años y más, los más viejos de los viejos. En clara sobrevivencia y envejecimiento, en 2010 el sector de edades de 65 a 69 ha descendido hasta ser la tercera parte y el de 80 y más es más de la quinta parte. Para 2050 las expectativas son que estos grupos lleguen a ser cada uno poco más de la cuarta parte.

EL ADVENIMIENTO DE CENTENARIOS

Estas mismas cifras señalan la creciente importancia de las edades extremas. Bajo condiciones favorables de atención a la salud, nutrición adecuada, buenos hábitos de salud y el nivel socioeconómico suficiente que permita todo lo anterior desde la gestación y durante toda la vida, el resultado común es que se sobreviva a edades superiores, en lo que se denomina longevidad. Una pregunta motivada por la creciente longevidad es: ¿cuál es la máxima de edad que puede alcanzarse? La manera que se ha determinado es indagando quién ha vivido más y cuánto tiempo. Se tiene registro, plenamente certificado, de que la mayor edad alcanzada es de 122 años y 164 días, logrado por Jeanne Calment (nacida en Arles, Francia, el 21 de febrero de 1875 y cuyo deceso ocurrió el 4 de agosto de 1997).



En el caso de México y como ya ha sucedido en países desarrollados, los incrementos en la longevidad están creando una nueva manifestación demográfica con la potencial presencia de centenarios, como se denominan a quienes llegan a la edad de 100 años y más. En el estudio de esta población se debe tomar en cuenta, en primer lugar, que las edades en la vejez siempre se han sobrestimado en los censos generales de población, particularmente las de 100 años y más. Sin embargo, las conciliaciones censales y las proyecciones de Conapo utilizadas en este capítulo permiten obtener los indicios del cuadro 2.3 acerca de los posibles números de centenarios en el pasado y los que se pueden esperar.

Cuadro 2.3. Población centenaria y su relación con la población total

Año	*Pob100+*	*Pob tot/Pob100+*
1930	7	2 414 618
1950	27	971 073
1970	1 228	40 501
1990	2 779	30 036
2010	12 761	8 817
2030	42 349	3 050
2050	137 295	965

Fuente: Conapo, 2009.

Según estas cifras, podría admitirse que en 1930 los escasos centenarios fueron de uno por cada 2.4 millones de habitantes; que en 1970 quizá ya fueran 1 200 o uno de cada 40 000 habitantes; que en 2010 serán más de 10 000, uno por cada 10 700 habitantes, y que para 2050 podemos esperar cerca de 60 000, los que llegarían ya a ser uno de cada 2 000 habitantes. Dicho coloquialmente, en el pasado cercano los centenarios eran raros, ahora son cada vez más comunes y en el futuro también cercano serán abundantes.

IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

El envejecimiento demográfico está sucediendo en todo el mundo, pero con gran heterogeneidad en tiempos, montos y circunstancias. Ha sido experiencia primero de los países desarrollados, donde el proceso ha sido



lento y de mucho tiempo atrás, con una lentitud que ha dado oportunidad de adaptación paulatina a las estructuras sociales y económicas. En cambio, en los países en desarrollo se está presentando recientemente y con gran rapidez, sin que se hayan resuelto problemas ancestrales de pobreza, rezagos en la escolaridad, empleo inadecuado, deficiencias en la salud y sistemas económicos inequitativos. Surgen así algunos cuestionamientos para el caso de México: ¿cuánto afectan las condiciones de subdesarrollo a la creciente población envejecida? ¿Es la vejez un obstáculo para el desarrollo? ¿Qué aspectos positivos puede tener?

A partir de estas preguntas, el estudio y acción sobre la vejez se puede organizar en tres grandes áreas: 1] la atención a la salud; 2] la seguridad económica; 3] las relaciones sociales y familiares. Al abordarlos es importante recalcar que cada área tiene una diversidad de subtemas, que no son independientes, sino que entre áreas y subtemas hay relaciones estrechas, de manera que cualquier modificación en algún punto de cualquiera de ellos tiene efectos sobre los demás. De esta manera los enfoques interdisciplinarios e integrales son indispensables.

ENVEJECIMIENTO Y SALUD

El descenso histórico de la mortalidad tiene explicaciones principales en la prevención y curación de las enfermedades infecciosas y perinatales, lo que a su vez es producto principal de avances médicos, adopción de políticas de salud pública y del desarrollo social y económico. En su mayor parte, este control sobre las enfermedades infecciosas ha sido simple y sin necesidad de grandes erogaciones. Es ilustrativo recordar el efecto sobre la salud pública que tuvieron la introducción de agua potable y el sistema de desagüe, la comercialización de los antibióticos y las campañas de vacunación masivas. Sin embargo, la consecuente posposición de la muerte implica otro tipo de enfermedades correlacionadas con la vejez, en la forma de afecciones degenerativas que se tornan crónicas. Enfermedades metabólicas como la diabetes, cardiovasculares como la hipertensión, y mentales como las demencias y la depresión, tienen otras peculiaridades perjudiciales, aparte de causar la muerte. No son inmediatamente letales, pero son incurables y progresivas, capaces de provocar incapacidades físicas, psíquicas y sociales, todo lo cual es amenaza directa a la calidad de vida de la persona envejecida, al bienestar de su familia y como carga social y económica.



A diferencia de lo que ocurre con las enfermedades agudas cuyo rápido desenlace es casi siempre la curación y con menos frecuencia la muerte, en las enfermedades crónicas la intervención médica se dirige a controlarlas y retrasar lo más posible los efectos nocivos. Desafortunadamente, estos procedimientos requieren de atención continua y uso de medicamentos de por vida que son costosos. Esta complejidad se presenta, asimismo, cuando se describe el estado de salud de la población envejecida. En esta tarea se hace necesario no sólo registrar la presencia de enfermedades que pueden ser varias en una misma persona, sino también el nivel de severidad, los efectos que están teniendo sobre la vida de quien las padece y qué consecuencias acarrea. También son relevantes los efectos sobre las relaciones familiares, sociales y materiales, incluyendo la capacidad con que se cuenta para enfrentar estas condiciones.

La encuesta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (Enasem) permite evaluar y describir el estado de salud de las personas de 50 años y más (Enasem, 2002). Aunque esto puede llevarse a cabo de muchas maneras y en distintos niveles de análisis, en este capítulo se presenta un ejemplo basado en la presencia de enfermedades crónicas, su efecto sobre incapacidades y cómo se traduce en expectativas de salud dentro de las esperanzas de vida.

Presencia de enfermedades crónicas

Los temas, conceptos y preguntas de la Enasem en el tema de la salud incluyen:

- Presencia médicamente diagnosticada de hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias, problemas cardiovasculares, embolias y artritis.
- Pruebas de deterioro cognoscitivo mediante preguntas que captan la memoria instantánea, la evocación de la memoria, la habilidad en la copia de diagramas simples y la evocación de figuras.
- Una exploración sobre posible estado depresivo, mediante una prueba de 10 preguntas.
- Preguntas sobre la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).



Actividades de la vida diaria

Una manera adecuada de medir la funcionalidad de las personas envejecidas como expresión del estado de salud y por ello muy utilizada en las encuestas sobre el tema, es mediante la capacidad para realizar las AVD. Las AVD son esas acciones y tareas que se deben desempeñar cotidianamente para tener una vida aceptable. Se dividen en dos categorías:

- Las "actividades básicas de la vida diaria" (ABVD) son ese tipo de acciones que son vitales para tener un mínimo de calidad de vida. En Enasem se representan por la capacidad de: *a*] caminar, *b*] bañarse, *c*] comer, *d*] entrar y salir de la cama, y *e*] ausencia de incontinencias.
- Las "actividades instrumentales de la vida diaria" (AIVD) son esas tareas que permiten actuar socialmente. Esta clase de funciones se muestran en Enasem en la capacidad para: *a*] preparar comida, *b*] hacer compras, *c*] tomar medicamentos y *d*] manejar su propio dinero.

Indicadores de salud

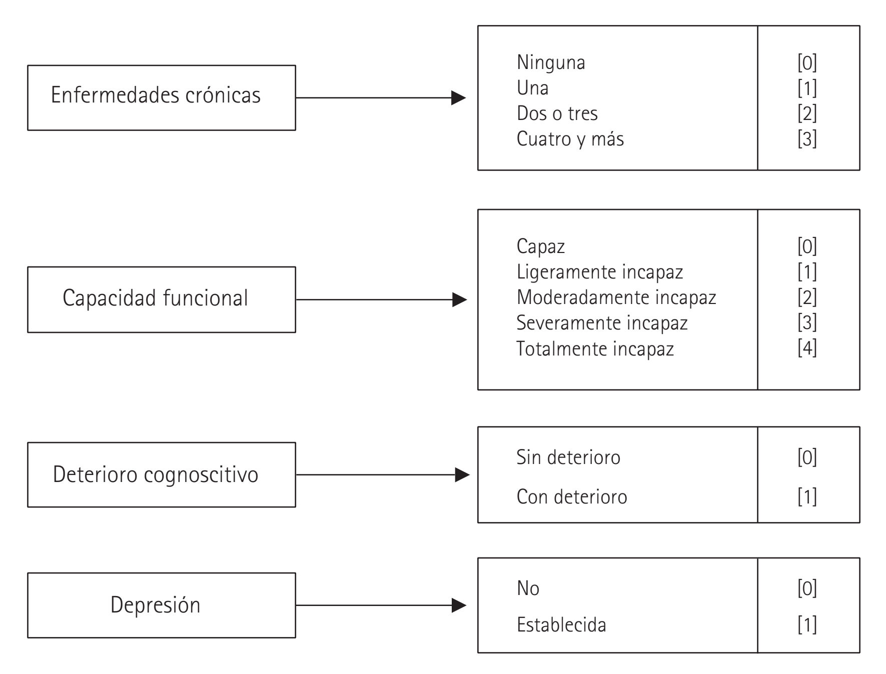
La encuesta permite crear indicadores sobre el estado de salud dentro de muchas posibilidades e interpretaciones, desde lo más simple, cuando indica quién está enfermo y quién no lo está, o quién es capaz de caminar sin ayuda o quién no se puede levantar de la cama, hasta la combinación de elementos que, bajo hipótesis y supuestos, describe condiciones de salud y bienestar. En la gráfica 2.2 se describe un modelo que involucra: *a*] la presencia de enfermedades crónicas, *b*] la capacidad para realizar las AVD, *c*] la existencia de deterioro cognitivo y *d*] los signos de depresión. Cada sujeto en el estudio es tamizado por las respuestas al cuestionario y recibe la calificación numérica especificada (González, 2005).

Estado de salud

Estos indicadores se combinan para clasificar a los encuestados en tres categorías sobre el estado de salud.

- Bueno: cuando todos los indicadores son cero.





Gráfica 2.2. Modelos de indicadores de salud.

- Malo: cuando la en fermedad es severa o el individuo es totalmente incapaz en funcionalidad para las AVD o califica en el código más alto al menos en dos de los otros indicadores.
- Regular: en el resto de los casos.

Esperanzas de vida y expectativas de salud

La prevalencia en esos estados de salud se combina en la tabla de mortalidad para estimar qué parte de las esperanzas de vida se va a pasar en buena, regular o mala salud. Los resultados para hombres y mujeres y por algunas edades se muestran en el cuadro 2.4.

Las cifras dicen que un hombre a los 60 años de edad tiene una esperanza de vida de 20.3 años; de éstos, se espera que 4.8 años sean en buena salud; 14.4 sean en condiciones regulares, esto es, con alguna anomalía, pero sin afectar la calidad de vida, y 1.1 años sean en mala situación. En otro ejemplo, las mujeres que ya han cumplido 80 años en promedio se


EL COLEGIO DE MÉXICO

Cuadro 2.4. Esperanza de vida y expectativas de salud, por sexo y edad

				Hombres			
		Absolutos			*Relativos*		
Edad	*E(x)*	*Bien*	*Regular*	*Mal*	*Bien*	*Regular*	*Mal*
50	27.9	8.3	18.5	1.1	29.8	66.2	4.0
60	20.3	4.8	14.4	1.1	23.4	70.9	5.6
70	13.9	2.4	10.3	1.2	17.4	74.2	8.4
80	8.8	1.0	6.6	1.2	11.7	75.0	13.3
90	5.3	0.3	3.8	1.2	6.4	71.4	22.1
				Mujeres			
		Absolutos			*Relativos*		
Edad	*E(x)*	*Bien*	*Regular*	*Mal*	*Bien*	*Regular*	*Mal*
50	31.2	5.1	24.0	2.2	16.3	76.8	6.9
60	22.7	3.0	17.6	2.1	13.0	77.6	9.4
70	15.3	1.6	11.7	2.1	10.3	76.3	13.4
80	9.3	0.7	6.7	1.9	7.9	71.8	20.3
90	5.2	0.3	3.2	1.6	5.7	62.6	31.7

Fuente: González, 2005.

espera que vivan 9.3 años, de los cuales 0.7 años serán con buena salud, 6.7 en regular estado y 1.6 en malas condiciones. Al comparar las cifras resalta que las esperanzas de vida en las mujeres son mayores que las de los hombres. Pero también sucede que las expectativas de salud en las mujeres son comparativamente desfavorables; más tiempo y mayor proporción de la vida que queda por vivir es en condiciones de regular y mala salud.

Las estimaciones en el cuadro 2.4 merecen otros comentarios. Los años por vivir en malas condiciones son semejantes en todas las edades, lo cual no parece congruente. Sin embargo y en busca de explicaciones, habrá que considerar que en cualquier edad quienes se encuentran en regular o mala salud deben tener mayor mortalidad y quienes sobreviven a edades avanzadas tienen mejores antecedentes de salud y bienestar. Con estos conceptos y consideraciones, es más ilustrativo mirar las cifras del porcentaje de la esperanza de vida que en promedio se va a pasar en buenas, regulares y malas condiciones. A la edad de 60 años los hombres esperan vivir 23.4% del resto de su vida en buenas condiciones, 70.9% con regular salud y 5.6% con mala salud. Para las mujeres estos porcentajes son de 16.3, 76.8 y 6.5%, respectivamente. Ya a los 90 años de edad las expectativas para los hombres son de 6.4%



en buena salud, 71.4% en regular y 22.1% en mala, mientras que para las mujeres, respectivamente, son de 5.7, 62.6 y 31.7 por ciento.

SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ

Se insiste en que el envejecimiento demográfico cobra importancia social y económica en razón de su correlación con la vulnerabilidad y riesgos asociados con las edades avanzadas. Uno de estos riesgos es la pérdida de ingresos debido a disminución o anulación de la capacidad de trabajo a causa de la edad. Es conocido y se considera hasta natural que con la edad disminuya la capacidad física, la agilidad mental y haya reticencias a aplicar nuevos métodos, pues el aprendizaje es más lento y se pierde adaptabilidad. En el caso del trabajo, tarde o temprano llega el momento de disminuir la actividad o de retirarse. Cuando cesa el trabajo y se pierde el ingreso surge la cuestión de la seguridad económica en la vejez. De hecho, también se considera a las personas que no hayan trabajado y que prolongan la dependencia económica por longevidad.

El sostén económico de las personas en edad avanzada puede venir de tres tipos de fuentes: *a*] contar con la ayuda de los hijos y/o la familia; *b*] recibir una pensión del Estado o de alguna institución; *c*] haber ahorrado lo suficiente para poder adquirir los bienes y servicios necesarios durante el retiro y la vejez.

Históricamente, el apoyo material en la vejez dependiente ha provenido principalmente de los hijos, en circunstancias que prevalecen hasta ahora y que continuarán en el futuro predecible. Se basa en el afecto filial, con modalidades culturales o tradiciones que finalmente son inherentes a la existencia humana. Pero también está condicionado por circunstancias sociales y por las posibilidades económicas de quienes otorgan la ayuda. Cuando el sostén proviene de los familiares que no son la descendencia directa, actúa la solidaridad de parentesco, pero supeditada a las capacidades individuales. Asimismo, el apoyo de hijos y familiares está en función de la calidad de las relaciones familiares que se hayan construido a lo largo del ciclo de vida. En otro aspecto, los códigos civiles de las entidades federativas determinan las obligaciones que tienen los hijos y la familia de sostener a padres y familiares envejecidos.

El apoyo económico en la vejez otorgado por el Estado es principalmente mediante el sistema de pensiones. Se trata de una de las prestaciones



de la seguridad social financiada por contribuciones de trabajadores y empleadores y con subsidio público, vinculadas al mercado formal de trabajo. La pensión se considera la sustitución del salario que deja de percibirse, como parte de la seguridad social expresamente establecida y reglamentada para estos fines. En intenciones, estos beneficios deberían ser suficientes para sufragar un nivel de vida adecuado, con independencia económica, como justa recompensa a una vida de trabajo que ha creado infraestructura para provecho de las generaciones jóvenes. Así, la pensión es aceptada y exigida sin renuencia, pues no se considera una dádiva, sino un derecho adquirido, legislado y pactado. Es objeto directo de la administración pública, la negociación sindical, las previsiones sociales, el sistema económico y los intereses políticos. Sin embargo, ahora son patentes y notorias las crisis financieras en los sistemas de pensiones que, a su vez, han hecho evidente que también tiene inconvenientes sociales y económicos.

La modalidad de sustento económico en la vejez mediante el ahorro individual o familiar pareciera la más adecuada. Más que una concesión o incluso un derecho, se trata de la propiedad personal de los recursos, producto del esfuerzo individual, claramente identificado y debidamente contabilizado. Es parte del modelo de ciclo de vida, en el que la razón de ahorrar es la de distribuir el ingreso para el consumo sobre la totalidad de la existencia. Sin embargo, es resultado de la situación económica personal a lo largo de la vida productiva, directamente relacionada con el estatus socioeconómico y los niveles de ingreso. La pobreza imperante y la inequidad en la distribución del ingreso no permiten esta forma de seguridad económica para la gran mayoría de la población activa. Además, y esto debe resaltarse, la efectividad del ahorro a largo plazo depende de los instrumentos financieros y económicos que para ello existan y éstos con frecuencia muestran ineficacia y riesgos.

SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES DE RETIRO

En la escala histórica, la seguridad social y las pensiones de retiro son de reciente creación. Surgieron a finales del siglo XIX en Europa y se consolidaron en las primeras décadas del siglo XX, después de la primera guerra mundial. Fue inducida en Europa y Estados Unidos como parte de las concesiones ante movimientos socialistas y para evitar el comunismo mundial. El término de seguridad social surge por primera vez en 1936, con la creación del Segu-



ro Social (Social Security) en Estados Unidos y como parte del *New Deal* del presidente Roosevelt. En México los antecedentes vienen desde el Porfiriato, con la creación de algunos beneficios de protección laboral. En 1925 toma forma en la creación de la Dirección de Pensiones Civiles del Estado, que se convertiría en 1954 en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Pero su mayor impulso vino con el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943. Un hecho de importancia fue la gran resistencia patronal que se oponía a su creación.

Según los principios de los derechos humanos, la seguridad social debe cumplir con normas de solidaridad, justicia y equidad para que realmente se alcancen los objetivos de bienestar y protección social (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2002). De esta manera, el sistema de pensiones de retiro debe: *a*] proteger a toda la población; *b*] otorgar beneficios uniformes y equitativos; *c*] ofrecer beneficios adecuados y suficientes; *d*] ser económicamente redistributivo; *e*] ser financiera, económica y socialmente sostenible. Sin embargo, nunca se ha cumplido con estos preceptos. La realidad es que la seguridad social y los sistemas de pensiones reproducen la generalizada desigualdad social y económica. Los grupos marginados siguen excluidos, las prestaciones son desiguales, con muy poco para la mayoría y privilegios para las minorías, y la redistribución es negativa, con lo cual la seguridad social no constituye un instrumento de armonía social. Cabe indicar que estas deficiencias han provocado poca preocupación. De hecho las inquietudes por las pensiones han surgido sólo hasta fecha reciente, cuando han entrado en crisis financieras. El único tema de debate político y presencia mediática es la incapacidad de pago y, siguiendo esta tónica, la solución se centra en el equilibrio entre flujos financieros.

LAS PENSIONES COMO MECANISMO DE TRANSFERENCIAS

Una pensión de retiro es una transferencia de la producción, necesariamente de los activos, para el consumo de los retirados. De esta manera, es claro que en cualquier momento la producción de la población activa se destina al consumo de los propios activos y sus dependientes, otra parte al consumo de los pensionados y otra al ahorro y la inversión (Barr, 2000). Visto desde las finanzas, en los años activos algo se cede o se ahorra para destinarlo al sustento durante el retiro, que no necesariamente es el de uno mismo. Financieramente funciona entre dos extremos:



• De *beneficios definidos*. Esencialmente, los montos y tiempos de los beneficios se determinan de antemano, por lo general mediante reglas contenidas en leyes y contratos colectivos de trabajo que consideran edades, antigüedades y salarios. Se dice que éste es un sistema de reparto, donde los trabajadores activos sostienen a los inactivos.

• De *contribuciones definidas o ahorro individual*. Cada trabajador ahorra durante la vida activa una parte determinada del ingreso, a la que pueden agregarse cuotas patronales o públicas, en una cuenta individual cuya capitalización habrá de servir durante la vejez inactiva. La administración puede realizarse en empresas privadas o públicas. El monto y los alcances de la pensión dependen directamente de la capacidad individual y, sustancialmente, del desempeño del sistema financiero.

En la práctica es un intermedio entre estas dos formas, con mayor o menor predominio de alguna de ellas. Esta consideración de traspaso meramente financiero oculta en parte el sentido fundamental de una pensión. Finalmente, la seguridad económica es contar con acceso adecuado a los bienes y servicios que se requieran durante la vejez, cuando sobrevenga la incapacidad, luego de la vida activa (Barr, 2000). En forma resumida estas necesidades son:

• Los gastos de la vida cotidiana, entre los que se encuentran la alimentación, la vivienda y el vestido.

• La atención a la salud que requiere de prevención, consultas médicas, medicamentos, terapias y eventualmente hospitalización.

• En la vejez pueden surgir problemas de funcionalidad física y mental que requieren de cuidados a largo plazo, generalmente para la movilidad y para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

• Realizar actividades sociales traducidas en entretenimiento y uso del tiempo libre, junto con mantener relaciones familiares, de amistad y de afecto.

Estos puntos describen el tipo de productos, servicios, actividades y relaciones que no sólo permiten la supervivencia sino que también le dan calidad y sentido a la vida en la vejez. Se trata de bienes que en su mayoría tienen un precio explícito, en otros es indirecto, pero en todo caso hay siempre un costo. Ahora bien, disponer de los bienes requeridos tiene dos consideraciones:



• La primera es que son muy pocas las cosas que pueden adquirirse durante la vida activa para almacenarlas y consumirlas posteriormente. Prácticamente, el único bien que es posible —y aconsejable— adquirir anticipadamente es la vivienda. Sin embargo, aun en el caso de la propiedad de la habitación ésta implica gastos corrientes de uso y mantenimiento.

• Prácticamente todos los bienes y servicios que los pensionados, presentes o futuros, demanden deberán proveerse con la producción y oferta de los trabajadores del momento.

Una conclusión de importancia es, entonces, que cualquiera que sea la forma de transferencia financiera, ya sea de beneficios definidos o de contribuciones definidas y ahorro individual, la viabilidad de un sistema de pensiones depende de la productividad del momento y del esquema de distribución (Brown, 2000). Dicho de otra manera, cualquiera que sea el sistema financiero, la transferencia constituye un reparto, aunque las normas para la distribución cambien.

Si, finalmente, el sistema de reparto es ineludible y es lo único que existe, esta última argumentación llevaría a preguntar cuáles son las modalidades de reparto con las que mejor se cumplen los objetivos de la seguridad social y de la sociedad en general. La respuesta no es simple ni única ni mucho menos debe ser maniquea. Será más bien una combinación de propuestas y alternativas que tienen que adaptarse a las condiciones demográficas, sociales y económicas del país. Esto permite otra observación de relevancia: no basta solamente con tener un nivel de producción suficiente, sino también de distribución adecuada.

LOS BENEFICIOS DEFINIDOS Y EL GRAN ESCOLLO

Se argumenta que las dificultades económicas de la seguridad social se deben al notable incremento en las esperanzas de vida, al rápido cambio en las estructuras demográficas, a la falta de reservas financieras, y al desvío de recursos a otras prestaciones de la seguridad social, junto con la mala administración y la corrupción. Se acepta que en alguna medida todos estos elementos han sido adversos, pero también debe admitirse que su participación no ha sido valuada con total precisión y sí ha habido sesgos debidos a otros intereses (Ramírez, 1997). Sin embargo, puede mostrarse que la causa principal ha sido la concesión de pensiones sin considerar los costos



a largo plazo (Salas, 2004). Cuando se comparan las aportaciones hechas a la seguridad social durante la vida activa y la pensión recibida durante el retiro, se percibe el desequilibrio entre los beneficios otorgados y la falta de recursos para sustentarlos. En el siguiente ejercicio se ilustra el ejemplo de un trabajador, hombre, afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), utilizando las estadísticas promedio:

• Este asegurado masculino "promedio" se retira a los 65 años de edad, luego de trabajar y contribuir durante 35 años, con una pensión igual a 70% de su último salario.

• Al ingresar al IMSS en 1972, la contribución para el seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte era de 6%; en 1990 la cuota subió paulatinamente y a partir de 1996 quedó en 8.5%. Esto da un porcentaje promedio de cotización de 7 por ciento.

• La multiplicación $0.07 \times 12 \times 35 = 29.4$ indica que el número de meses de salario nominal aportados es de 29.4.

• La esperanza de vida masculina a la edad 65 es de 18 años, con lo cual durante 216 meses cobrará la pensión.

• Suponiendo que su esposa sea tres años menor que él, ésta quedará viuda a los 80 años, esperando sobrevivir otros nueve años. Así, se agrega una pensión de sobrevivencia de 108 meses a 90% de la pensión del jubilado.

• Es decir, que con tan sólo 29.4 meses nominales de aportación se han adquirido 324 meses de pensión al 70%, equivalente a 219 meses de sueldo nominal.

Esta ganga financiera de un afiliado al IMSS es pequeña frente a las ventajas de los empleados del instituto. Esto ilustra el "caso tipo" derivado de las disposiciones del contrato colectivo de trabajo y las estadísticas de la institución.

• Los empleados en promedio se retiran a los 53 años de edad, luego de trabajar y contribuir a la seguridad social durante 25 años. En este caso no se requiere alcanzar un mínimo de edad.

• Hasta 1966 no había contribución para el seguro de jubilación. En 1967 ésta se fija en 1.2% y permanece así hasta 1981. En 1982 se cambia a 1.5% y en 1987 pasa a 3%. Alguien que se jubila en 2005, luego de 25 años de trabajo, en promedio aporta 2.5% de su salario.



• La multiplicación 0.025 × 12 × 25 = 7.5 dice que el número de meses de salario nominal aportados es tan sólo de 7.5.

• Dado que la esperanza de vida masculina a la edad de 53 es de 27 años, se obtienen 324 meses de retiro con una pensión.

• Suponiendo que la esposa sea tres años menor que él, ésta quedará viuda a los 77 años, esperando sobrevivir otros 11 años. Es decir, habrá que agregar una pensión de sobrevivencia de 132 meses.

• Entonces, con tan sólo 7.5 meses nominales de aportación se tiene derecho a 456 meses de pensión.

Es cierto que las equivalencias financieras en sentido estricto se deben calcular actuarialmente: por una parte, el valor presente de las anualidades contingentes de las obligaciones pensiones y, por la otra, el valor presente de las contribuciones, bajo supuestos de mortalidad, comportamiento de salarios y tasas de interés (Thullen, 1974; IMSS, 1989). Pero las conclusiones son las mismas; esto es, que con muy pocas obligaciones se adquieren derechos que resultan desmesurados, con el resultado obvio y anunciado con décadas de anticipación de la quiebra de la seguridad social.

Otro aspecto menos aparente en estos comparativos es la injusticia social y económica que representan. Lo primero a señalar es la baja cobertura de la población activa en general, donde los olvidados son los trabajadores en la informalidad precaria y los rurales. En el otro extremo los grupos más favorecidos de estas disparidades son los más dotados económica y políticamente. El caso de los empleados del IMSS no es el más favorecido. En el sector energético, de la banca de desarrollo y en las altas esferas de gobierno las condiciones son aún más privilegiadas. Una medición de qué tanto significan las obligaciones adquiridas es calculando el valor presente de los pasivos contingentes en términos del PIB. Este cálculo no varía mucho cuando se cambian las hipótesis de mortalidad, pero es especialmente sensible ante las tasas de interés que se supongan. Con una tasa optimista de interés de 3.5% la deuda equivale a 90% del PIB anual; este pasivo es de 140% si la tasa es de 2.0%, y siendo más realista al suponer 0%, la deuda crece hasta 270% (Valencia, 2004).

LA FALACIA DE LAS CONTRIBUCIONES DEFINIDAS

En busca de soluciones, en el IMSS y el ISSSTE se han adoptado sistemas de contribuciones definidas, capitalizadas individualmente y administradas



por empresas privadas. Estas reformas responden a directrices de las instituciones financieras internacionales, como parte de los cambios estructurales acordes con la mundialización de la economía, incluyendo los sistemas de pensiones. Parte de la idea es que los países en desarrollo, dadas sus disparidades sociales y económicas, deben adoptar paulatinamente un modelo multipilar. La propuesta fue avalada por el Banco Mundial cuando promovió un sistema que propone: 1] una pensión básica y pública dirigida a evitar la pobreza extrema; 2] una pensión de contribuciones definidas en ahorro individual obligatorio cuya administración podría ser pública o privada, y 3] el ahorro personal y voluntario en administración privada (Banco Mundial, 1994).

En ningún país las reformas adoptadas han abarcado a todas las instituciones que conforman el sistema de pensiones, pero sí toca a los principales programas e instituciones de seguridad social. En Bolivia, Chile, El Salvador, México, Nicaragua y República Dominicana las reformas realizadas se han centrado en el segundo pilar de contribuciones definidas. Colombia y Perú tienen los dos sistemas, el de contribuciones definidas y el de beneficios definidos en un esquema competitivo, donde cada trabajador tiene opción de elegir el sistema que le parece más conveniente. Argentina, Costa Rica y Uruguay continúan con el anterior esquema para las pensiones básicas y las contribuciones definidas se han establecido sólo para las pensiones complementarias (Mesa-Lago, 2004). Estas reformas se han extendido también a algunos países de Europa del Este. Pero el hecho más notable es que ningún país desarrollado ha adoptado este sistema, aun cuando también tienen problemas de seguridad social. Las acciones de estos últimos han ido encaminadas principalmente a evitar privilegios y cambiar las condiciones de jubilación hacia edades mayores.

Cabe indicar que desde que se propusieron los cambios y en los estudios que surgieron para ponderar las posibles alternativas de reformas a la seguridad social se mostraba que existían condiciones que impedirían al sistema cumplir con los cometidos de protección económica en la vejez y que además ésta tendría costos excesivos. Desafortunadamente y luego de realizadas las reformas, se constatan las deficiencias del nuevo sistema y aparecen los siguientes comentarios:

• Las contribuciones definidas están en función directa del nivel económico y la capacidad de trabajo de la población que cubre. Como las



aportaciones se mantienen en niveles semejantes a las contribuciones anteriores a la reforma, un resultado natural es que, con lo poco que se contribuye, sea exiguo lo que se acumula. Usando los ejemplos anteriores, es claro que con los escasos meses nominales de aportación no se va a lograr una pensión adecuada, ni siquiera si se pospone la jubilación y con ello se prolonga el tiempo de cotización y se acorta el tiempo en retiro.

• Esta insuficiencia se ve acentuada ante un gran costo de administración y lucro propio de la empresa privada. El juego de la libre empresa no está actuando en estos sistemas, pues funcionan como oligopolio y no han establecido una competencia real por el mercado.

• La insuficiencia de las nuevas pensiones en cuentas individuales recaerá entonces en las finanzas públicas, por lo que se deberán asignar recursos del Estado para cumplir con la garantía de pensiones mínimas.

• A la pensión mínima se agrega el costo de las pensiones ya fincadas y las que se adquieran por los trabajadores que ya estaban en el sistema antes del cambio. Este costo de la transición entre el anterior sistema y el reformado constituye un gran pasivo.

• Estos dos últimos puntos indican que en la mayor parte del costo de las pensiones reformadas no se ha abandonado el sistema de reparto financiero. Siguen siendo las finanzas públicas el sostén principal, sólo que ahora resulta más caro.

• Una falla importante es que el nuevo sistema se limita a un circuito financiero estrecho, que no se vierte hacia la creación de empleos, el incremento de la productividad y la mejor distribución del ingreso. La forma presente de capitalización no es una inversión que construya infraestructura y contribuya a incrementar la productividad presente y futura necesarias para sostener el sistema de pensiones.

• El nuevo sistema es propio del libre mercado. Para que funcione requiere de avances económicos suficientes, un mercado de valores desarrollado y una gran cultura de inversión y ahorro. Aún es impropio para las economías en desarrollo, sujetas a crisis, que carecen de la necesaria preparación para entender su significado, la suficiente productividad para hacerlo viable y la equidad que evite desigualdades.

• De hecho, no sólo se abandonan principios sociales sino que se acentúa la desigualdad por género y ante la pobreza. De esta manera, la deseada cobertura universal se torna más difícil y de hecho ya se observa una disminución en los países que han adoptado el sistema (Gill, Packard y Yermo, 2004).



EN BUSCA DE NUEVOS PARADIGMAS

Dar viabilidad al sistema de pensiones significa cumplir con las cualidades de cobertura extensa, beneficios adecuados, equidad en las prestaciones y sostenibilidad social y económica, ya señaladas. Lograr todo esto frente a las críticas condiciones actuales no es tarea fácil ni inmediata. Por otra parte, también se trata de situaciones cada vez más imperiosas de recomponer para no poner en riesgo la armonía social y económica.

Fijar metas y hacer propuestas debe ir más allá de declaratorias de buenas intenciones. Son necesarios planes concretos y acciones prácticas que eviten favorecer intereses particulares y que sea buscando el bien común y a futuro. Con estos propósitos y aprovechando las distintas experiencias ante reformas realizadas y las que no se llevaron a cabo, la búsqueda de propuestas apunta a la modificación del sistema multipilar y a la afinación del funcionamiento y operación de cada uno de sus componentes. Se propone así un esquema general con los siguientes componentes (Holzmann y Hinz, 2005: 313): *a*] pensión universal, mínima, financiada públicamente, no contributiva, que busca evitar la pobreza extrema; *b*] plan obligatorio para quienes trabajan, contributivo, con el beneficio definido de una pensión mínima; *c*] esquema contributivo para quienes trabajan, de contribuciones definidas, para salarios por encima de algún nivel que marque diferencias de estatus socioeconómico (por ejemplo, a partir de cinco salarios mínimos). Se crean fondos que pueden administrarse privada o públicamente; *d*] ahorros individuales voluntarios y esquemas complementarios de pensiones de parte de las empresas. Se acumulan recursos administrados privadamente, dependiendo de la capacidad individual o de los empleadores.

Este nuevo esquema requiere de adaptaciones de carácter mayor, que implican objetivos y acciones para los cuales deben realizarse cambios sustanciales de actitud y gestión que paulatinamente avancen sobre los siguientes puntos:

- Es necesario extender la cobertura hacia los grupos marginados de empleo informal y ocupaciones rurales. La pensión universal es un avance en este sentido, como se ha probado en el caso de Brasil (Saboia, 2005; Beltrão *et al.*, 2005).
- Un cometido necesario es disminuir la asimetría entre grandes beneficios y bajas contribuciones que existen a favor de grupos privilegiados



(Salas, 2004). Mientras que no se discuten las conveniencias de contar con pensiones de retiro que respeten los principios de protección y equidad, también son evidentes los efectos negativos de las pensiones de privilegio sobre la sostenibilidad del sistema (Uthoff, 2002) y los obstáculos que imponen sobre otras acciones necesarias para el desarrollo y el bienestar.

• Ante la precariedad del ahorro interno, uno de los argumentos para implantar las cuentas individuales era la de formar una acumulación de recursos con propósitos de inversión. Sin embargo, ahora se tienen las cuentas individuales pero el ahorro interno sigue siendo mínimo, pues la inversión para la generación de empleos y el incremento en la productividad es menor.

• Un imperativo es subsanar las deficiencias de la capitalización individual en cuanto a sus elevados costos administrativos y márgenes de utilidad (Farell, 2002; Valencia, 2004).

• Se requiere evaluar los efectos macro tanto económicos y sociales, como de la salud, que resultan de la seguridad social en general y de las pensiones de retiro en particular. La recomendación es que se consideren seriamente las inversiones en programas educativos y de atención a la salud, indispensables para no menoscabar la capacidad, competencia y productividad futura (Cichon, 2005; Uthoff, 2005).

ASPECTOS POLÍTICOS Y SOCIALES

La revisión de las experiencias en la planeación técnica, administrativa y política de la seguridad social muestra que desde el inicio los déficits actuariales crecían año con año y la comparación entre las proyecciones de pagos y de aportaciones advertían crisis financieras y quiebras. La advertencia principal era sobre la concesión de beneficios sin considerar la contraparte de los costos. Por razones mayormente dictadas desde las presiones sindicales y el corporativismo político, los avisos fueron desechados. Ahora, las advertencias siguen siendo severas, pero los caminos a seguir son más difíciles, particularmente en sus aspectos de relaciones laborales y acción política. Antes no se quisieron negar las concesiones, ahora se debe exigir un remedio.

Los análisis técnicos, actuariales, financieros y económicos de la problemática de la seguridad social ya se han hecho. Ciertamente, los diagnósticos son varios y en ocasiones no coinciden, particularmente cuando se



construyen prospectivas de desempeño financiero. Se elaboran escenarios dependiendo de intereses que hay que depurar, pero en todos se tiene la perspectiva de la insolvencia de la seguridad social. Las soluciones del mundo real están siempre en la arena política, de las relaciones laborales, de las finanzas públicas y de la visión de Estado. En torno a la seguridad social existen grandes intereses creados, que se contraponen y crean conflictos. Tienen que ver con gobernabilidad y liderazgo, conciencia y coordinación de la legislatura, sentido nacional de los sindicatos, percepción del capital y de la empresa del bienestar común, necesidad de un régimen fiscal adecuado.

Existen preocupaciones sobre el devenir en el corto plazo, pero poca visión en el largo plazo, siendo ésta la única forma de solidificar un proyecto de sociedad y de país. Se toma poco en cuenta a las generaciones más jóvenes y estos sectores deben involucrarse más, pues son ellos los que a futuro llevarán la carga mayor. Como se ha expresado en otras sociedades a propósito de la seguridad social y sus nexos con otras áreas de la vida humana, se requiere de una renovación de las relaciones económicas y nuevos contratos sociales (Conseil d'orientation des retraites, 2001; Masson, 2002; McDaniel, 2002). Salud y pobreza en la vejez modificarán el entorno económico, social y familiar. Las prospectivas y propuestas de una mejor sociedad frente al envejecimiento hacen imperativo que se modifiquen las relaciones familiares, las estructuras económicas y los pactos sociales.

La puesta en práctica de las anteriores recomendaciones requiere de: *a*] reconsideraciones sobre derechos adquiridos que se forzaron a ser legales, pero siempre han sido injustos; *b*] manejo político para que se acepte renunciar a prebendas; *c*] generosidad y sentido común en busca del bien común; *d*] miradas a largo plazo por el futuro bienestar del país.

LOS ESCENARIOS DEL ENVEJECIMIENTO

Con dos centenarios de vida independiente y a uno después de la Revolución mexicana, nos debemos preguntar cómo esperamos que sea el siguiente siglo. La pregunta en realidad no es un intento de indagar lo que exactamente nos depara el destino, pues eso ha sido siempre imposible. Es más bien el deber de anticipar futuros posibles como causas de nuestras acciones presentes para procurar el mejor de los porvenires por medio de los



deberes por cumplir. Sabemos que hay acciones urgentes que tomar en cuestiones de gobierno, economía, política y sociedad y que son indispensables para el bienestar futuro de la nación. No son tareas fáciles y puede decirse que los principales escollos vienen por desconocimiento, intereses e ideologías. En estas tareas el ámbito demográfico ofrece oportunidades de colaboración en el diseño de mejores prospectivas. No es casual que las proyecciones de población sean tan demandadas, pues mucho de la planeación se basa en estas estimaciones. Para este tercer centenario, luego de la Independencia y la Revolución, las perspectivas demográficas son de un marcado envejecimiento, el cual aparece como ineludible. Como ha sido el objeto de este capítulo, los retos que se describen y que nos aguardan vienen en forma de la transición de la salud hacia las enfermedades crónicas, la recomposición de la seguridad social y de las pensiones de retiro, y las nuevas relaciones sociales y familiares que traerán consigo los cambios en las estructuras por edad.

REFERENCIAS

Banco Mundial, 1994. *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. Nueva York, Oxford University Press.

Barr, N., 2000. Reforming Pensions: Myths, Truths, and Policy Choices, *IMF Working Paper WP/00/139*. International Monetary Fund (57).

Beltrão, K.I. *et al.*, 2005. Older persons and social security, en A.A. Camarano (coord.), *Sixty Plus: The Elderly Brazilians and Their New Social Roles*. Río de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, pp. 395-410.

Brown, R.L., 2000. Will pre-funding provide security for social security?, *Journal of Insurance Issues* **23** (1): 48-76.

Cichon, M., 2005. Why we need investments in social and economic developments. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre la Inversión de los Fondos de la Seguridad Social. México, Asociación Internacional de la Seguridad Social, 27-28 de septiembre.

Conapo, 1999. *La situación demográfica de México, 1998*. México.

Conapo, 2009. República mexicana: población a mitad de año por sexo y edad, 2005-2050. México. Disponible en <*www.conapo.gob.mx*>.

Conseil d'orientation des retraites, 2001. Retraites: renouveler le contrat social entre les générations. París. Disponible en <*www.cor-retriates.fr*>.

Enasem, 2002. *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México*. Disponible en <*www.mhas.pop.upenn.edu*>.



Farell, R.M., 2002. El sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social: las tareas pendientes. Presentación en el XV Encuentro Nacional de Actuarios. México, 16 de octubre.

Gill, I.S., T. Packard y J. Yermo, 2004. *Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America*. Washington, D.C., Banco Mundial.

González, C., 2005. Tipología del envejecimiento en México. México (mimeo).

Gortari Rabiela, H. de, 1993. Territorio y población de la Nueva España de fines del siglo XVIII al México independiente, en Conapo, *El poblamiento de México*, IV. México, Secretaría de Gobernación.

Holzmann, R., y R.P. Hinz, 2005. *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington, D.C., Banco Mundial.

IMSS, 1989. *Método para calcular las proyecciones demográficas y financieras de los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte*. México, Unidad de Servicios Actuariales.

Masson, A., 2002. Economie du débat intergénérationel: point de vue normatif, comparable, politique, *Dossiers et Recherches*. París, INED.

McDaniel, S.A., 2002. Pensions, privilege and poverty: Another "take" on intergenerational equity, *Dossiers et Recherches*. París, INED.

Mesa-Lago, C., 2004. *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile, Unidad de Estudios Especiales (Serie Financiamiento del Desarrollo, 144).

OIT, 2002. *Seguridad social: un nuevo consenso*. Ginebra.

Ordorica, M., y J.L. Lezama, 1993. Consecuencias demográficas de la Revolución mexicana, en Conapo, *El poblamiento de México*, IV. *Una visión histórico-demográfica*. México, pp. 32-53.

Ramírez, B., 1997. La seguridad social en México. Qué ha sido, qué se reforma y tendencias, en B. Ramírez y S. Osorio (coords.), *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*. México, UNAM-Triana, pp. 73-97.

Saboia, J., 2005. Non-contributory pensions and poverty prevention among the elderly in Brazil, en A.A. Camarano (coord.). *Sixty Plus: The Elderly Brazilians and Their New Social Roles*. Río de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, pp. 349-393.

Salas, J.L., 2004. Sistema alternativo de pensiones, en Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México, 2004*. México, pp. 91-97.

Thullen, P., 1974. *Techniques actuarielles de la sécurité sociale*. Ginebra, Bureau International du Travail.

Uthoff, A., 2002. Transformaciones del mercado de trabajo e implicaciones para la seguridad social. Ponencia presentada en el seminario sobre Economía del Envejecimiento: Pensiones y Seguridad Social. México, El Colegio de la Frontera Norte-UNAM, 16 y 17 de mayo.



Uthoff, A., 2005. Inversiones en el desarrollo económico y social. Presentación ante la Conferencia internacional sobre la inversión de los fondos de la seguridad social. México, Asociación Internacional de la Seguridad Social, 27-28 de septiembre.

Valencia, A., 2004. Pensiones y seguridad social, en Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México, 2004*. México, pp. 83-90.



3
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

*Alejandro Mina Valdés**

CONTENIDO

Introducción 80
Evolución de la mortalidad, 1930-2005 81
La tasa bruta de mortalidad 83
La esperanza de vida 85
Ganancias en la esperanza de vida por grupos de edad en el periodo 1980-2005, 88
Cambios en la mortalidad por causas 91
Mortalidad en menores de un año, 92; Mortalidad en niños de edad preescolar (1 a 4 años), 93; Mortalidad en niños de edad escolar (5 a 14 años), 93; Mortalidad en adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), 94; Mortalidad en adultos jóvenes (25 a 44 años), 94; Mortalidad en adultos maduros (45 a 59 años), 95; Mortalidad en adultos mayores (60 años o más), 95
Apreciación general y consideraciones finales 97
La esperanza de vida en los próximos años (2010-2050), 98
Referencias 103

* Profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*amina@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los antecedentes sobre los niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad en México, destacando la disminución de la mortalidad en el siglo XX, que tuvo efecto en el aumento de la esperanza de vida al nacimiento, de 36 años en las primeras dos décadas a 75 años en el año 2005, es decir, un aumento de 39 años como efecto de la disminución en las probabilidades de muerte de la población mexicana en todas y cada una de las edades, subrayando la disminución en la mortalidad infantil de 182 muertes de menores de un año por cada mil nacimientos al inicio del siglo XX, a 19 por mil en el año 2005 y también, con respecto a la tasa bruta de mortalidad, la disminución ha sido de 28 defunciones por cada mil habitantes en 1930 a 13 defunciones en 1960 y a menos de cinco defunciones en el año 2005.

Se aborda la situación actual de la mortalidad, haciendo énfasis en su efecto por grupos de edades y sexo, niñez, adolescencia, madurez y vejez, así como las ganancias en las esperanzas de vida. Partiendo del hecho de que la esperanza de vida al nacimiento ha aumentado en México en los últimos 25 años: de 67 (64 años para los hombres y 70 para las mujeres) a 74 años (72 para los hombres y 77 para las mujeres), la ganancia de esperanza de vida al nacimiento en los años 1990-1995 fue de 1.2 años debido a la disminución en el riesgo de morir por enfermedades crónicas y degenerativas, destacando que dicho incremento se debe esencialmente a la disminución en las tasas de mortalidad en edades adultas de 30 a 64 años (2.5 años de aumento en los hombres y dos años en las mujeres).

También debe tomarse en cuenta el peso que se tiene en las ganancias de las esperanzas de vida al nacimiento por el descenso de las tasas de mortalidad infantil, lo que ha aportado en los últimos 25 años un aumento de dos años en la esperanza de vida; sin olvidar que la menor mortalidad por causa de enfermedades infecciosas y parasitarias es lo que ha aportado la mayor ganancia en la esperanza de vida al nacimiento, destacando también la disminución en las causas de muerte por enfermedades respiratorias y por enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, el incremento de causas de muerte por diabetes mellitus, anomalías congénitas y tumores malignos ha evitado que aumenten las esperanzas de vida al nacimiento.

En el segundo apartado se resaltan las etapas de la transición epidemiológica que constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en



la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población; sin dejar de lado que la transición epidemiológica va acompañada por la transición demográfica, esto en sus etapas de:

• Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades trasmisibles por las no trasmisibles.
• Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos etarios jóvenes a los más envejecidos.
• Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas y limitantes; y también, la polarización epidemiológica, es decir, qué sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.

Se toman en cuenta las investigaciones hechas por autores como Rosario Cárdenas, José Gómez de León y Virgilio Partida, José Morelos, Sergio Camposortega, Juan Enrique García, Alejandro Aguirre, Manuel Ordorica, entre otros que han colaborado en publicaciones de El Colegio de México y textos del Consejo Nacional de Población (Conapo).

Finalmente, se hace énfasis en el escenario futuro de la mortalidad en México. Se presentarán las ganancias en las esperanzas de vida por edad y sexo para los años 2010 a 2050, en especial para las edades por encima de los 60 años, por su importancia en el proceso de envejecimiento de la estructura por edad de la población.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD, 1930-2005

Durante el siglo XX la humanidad en general tuvo importantes transformaciones en todos los aspectos que la ligan y envuelven, las cuales han precedido eventos que van desde los naturales hasta los tecnológicos, económicos, políticos y culturales, y que han marcado de forma distinta la dinámica de las poblaciones del mundo, teniéndose, entre otros, cambios en la supervivencia de sus poblaciones.

En materia demográfica, específicamente para la mortalidad, los cambios que se han presentado en la población han traído consigo logros como el descenso en los niveles de mortalidad, lo cual apunta a una mejora sustancial en las condiciones generales de vida de la población. Algunas cifras



nos pueden dar una idea de la magnitud de estos cambios: el censo de 1895 registró 12.6 millones de habitantes, con una esperanza de vida al nacimiento de aproximadamente 27 años (Gómez de León Cruces y Rabell Romero, 2001); 110 años después, en el año 2005, la población mexicana rebasaba los 103.2 millones de habitantes y la esperanza de vida alcanzó los 74.6 años (INEGI, 2005a). Es decir, la población aumentó 719.1% en un periodo de 110 años (aproximadamente 1.9% promedio anual), en el mismo periodo, las ganancias en la esperanza de vida fueron de aproximadamente cinco meses por cada año transcurrido, dando una ganancia total de 47.6 años.

A dichos incrementos se acompaña el avance en el proceso de la llamada "transición demográfica", cuya primera etapa fue el descenso sostenido de la mortalidad, que se registró a partir de 1930 (Gómez de León Cruces y Rabell Romero, 2001), teniéndose las mayores reducciones en la mortalidad en el año 1960, debido al paulatino abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y la mayor concentración de las defunciones en los padecimientos crónicos y degenerativos.

Cabe destacar que en 1930 la esperanza de vida al nacimiento era de 36.3 años (Benítez y Cabrera, 1967). En esa época, la población del país todavía se veía afectada por las enfermedades de carácter infeccioso; de los 10 principales padecimientos responsables de la mortalidad, ocho eran de ese tipo (Conapo, 2001a).

Debido a las mejoras en las condiciones generales de vida y, en especial, a la expansión del sistema educativo y de la infraestructura sanitaria, la utilización del sistema de salud dio por resultado el decremento medio anual de la tasa bruta de mortalidad. De 1930 a 1960 dicha disminución fue de alrededor de 0.5 muertes por cada mil personas, aunque a partir de 1960 el ritmo de descenso se hizo cada vez más lento (entre 1960 y 1980 la reducción fue de 0.3 y para los años 1980 a 2000, de 0.1 decesos por cada mil personas) (Gómez de León y Partida, 1998), por lo que la reducción total en dicho periodo fue de casi 22 muertes, al pasar de 26.7 a 4.8 por cada mil (cuadro 3.1).

Con respecto a la evolución de la mortalidad por causas, se tiene que a partir de 1960 empieza a ser mayor la proporción de muertes por enfermedades no transmisibles; tumores malignos, diabetes mellitus, deficiencias de la nutrición y anemia son por primera vez incluidas entre las 20 principales causas de muerte y el cambio evidente en el perfil de la mortalidad por causas se da a partir de 1970, aunque la neumonía y la influenza son



Cuadro 3.1. Tasas brutas de mortalidad

Año	*Tasa bruta de mortalidad*[1]	*Población total*[2]	*Defunciones*[3]
1930	26.7	16 552 722	441 958
1940	23.3	19 653 552	457 928
1950	16.2	25 791 017	417 814
1960	11.5	34 923 129	401 616
1970	10.1	48 225 238	487 074
1980	6.5	67 944 099	441 637
1990	5.6	81 249 645	454 998
1995	5.0	91 158 290	455 791
2000	4.9	97 483 412	477 669
2005	4.8	103 263 388	495 664

[1] Cálculos a partir de Estadísticas de Mortalidad del INEGI (varios años).
[2] INEGI (varios años).
[3] Estimadas a partir de: defunciones = (TBM * P)/1 000.

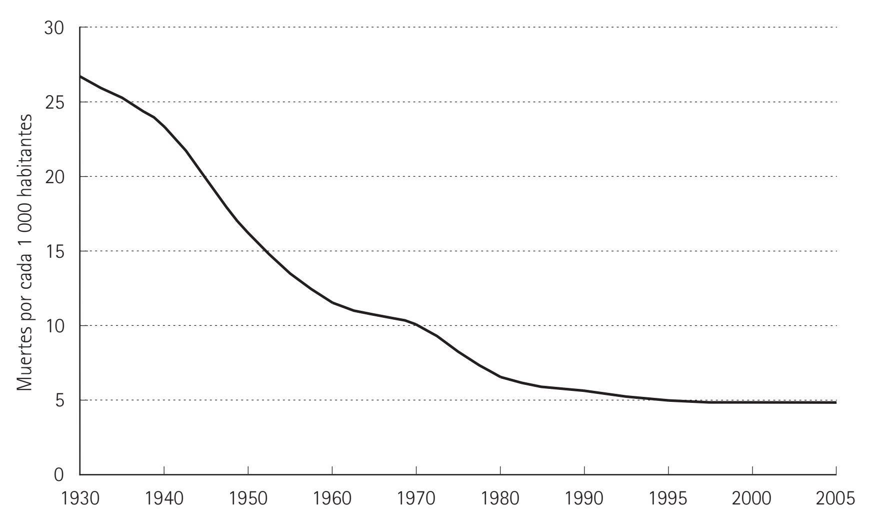
las principales causas de muerte, seguidas de la diarrea y la enteritis. Para 1980 el descenso de la mortalidad frena su ritmo debido a la persistencia de decesos por enfermedades respiratorias y digestivas, pero sobre todo por accidentes, que para dicho año son la principal causa de muerte; en esta época también es cuando las enfermedades del corazón empiezan a ocupar uno de los tres primeros lugares y, a partir de 1990, constituyen la principal causa de fallecimiento en México, seguida de la mortalidad por tumores malignos (Cárdenas, 2001).

Desde entonces, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ocupan los primeros cinco lugares de las causas de muerte más importantes, haciendo del perfil epidemiológico de la población mexicana predominante de padecimientos no transmisibles.

LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD

El descenso de la mortalidad mexicana se puede apreciar a partir de la evolución de la tasa bruta de mortalidad (TBM). En el cuadro 3.1 se observa que de 1930 a 1940 la reducción en la TBM se dio a un ritmo más lento en comparación con la precipitada caída que se observa de 1940 a 1960, con un decremento aproximado de 50%, pasando de 23.3 a 11.5 decesos por cada mil habitantes.





Fuente: cuadro 3.1.

Gráfica 3.1. Tasas brutas de mortalidad general.

De 1960 a 1970 se observa una disminución más discreta en dicha medida, pero de 1970 a 1990 se vuelve a tener una considerable baja porcentual de más de 40% en el curso de esas dos décadas.

A partir de la década de los noventa se establece un "piso" en la TBM; la tendencia a partir de este año y hasta 2005 es prácticamente con pendiente nula, teniendo 4.8 muertes por cada mil habitantes para el último año (gráfica 3.1).

La cifra de 4.8 en la TBM nacional para el año 2005 sigue estando por encima de otros países latinoamericanos; por ejemplo, Paraguay tiene una TBM de 4.5, Costa Rica de 4.4 y Ecuador de 4.2, mientras que Chile, Brasil e incluso Argentina tienen mayores TBM: 5.9, 6.2 y 7.6, respectivamente (ONU, 2008).

En contraste, países de la Unión Europea, como España e incluso Alemania, tienen mayores TBM (9.8 y 10.7, respectivamente), mientras que Kuwait presenta una tasa de 2.4 y Emiratos Árabes Unidos de 2.2.

Es importante mencionar que dichos diferenciales se deben a que la TBM es una medida sesgada de la mortalidad, debido a la composición de la población con respecto a las edades. Por lo que, para estudiar la evolución de la mortalidad también es conveniente estudiar los niveles en la esperanza de vida.



LA ESPERANZA DE VIDA

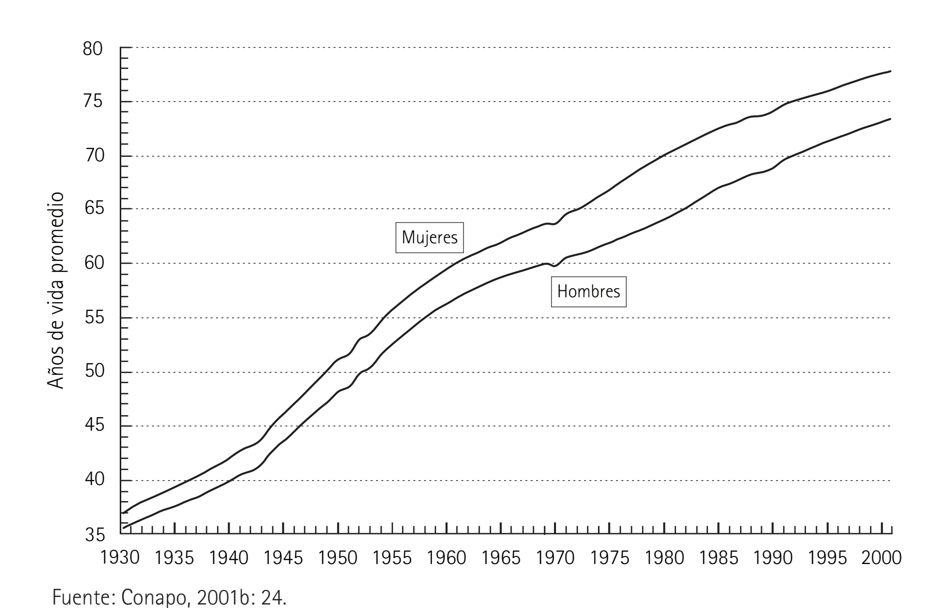
En el cuadro 3.2 se aprecian los incrementos en la esperanza de vida de 1950 a 2005; los años de vida que un mexicano esperaba vivir se incrementaron en más de 50% en dicho periodo.

Cuadro 3.2. Esperanza de vida al nacer, por sexo

Año	*1950*[a]	*1955*[b]	*1960*[b]	*1965*[b]	*1970*[b]	*1975*[b]	*1980*[b]	*1985*[b]	*1990*[b]	*1995*[c]	*2000*[c]	*2005*[c]
Nacional	49.6	56.1	59.2	61.2	63.1	65.7	68.4	70.6	72.6	73.6	74.0	74.6
Hombres	48.1	54.5	57.6	59.4	60.9	62.1	65.5	67.9	70.2	71.3	71.6	72.2
Mujeres	51.0	57.7	60.8	62.1	65.3	68.5	71.3	73.3	75.1	75.9	76.5	77.0

Fuentes: [a] Benítez y Cabrera, 1967; [b] Gómez de León y Partida, 1998; [c] cifras de INEGI, 2005b.

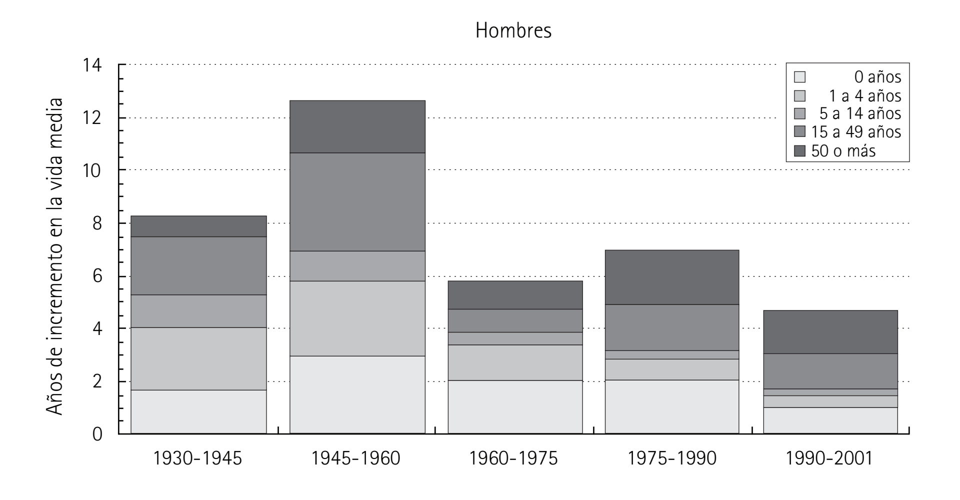
Las diferencias entre las esperanzas de vida de las mujeres con respecto a las de los hombres se han mantenido en continuo aumento a lo largo del tiempo, esto después de una etapa de progresiva expansión de 1.5 años en 1930 a 4.4 en 1970, alcanzando el máximo histórico de un diferencial de 5.8 años en 1980 (gráfica 3.2).

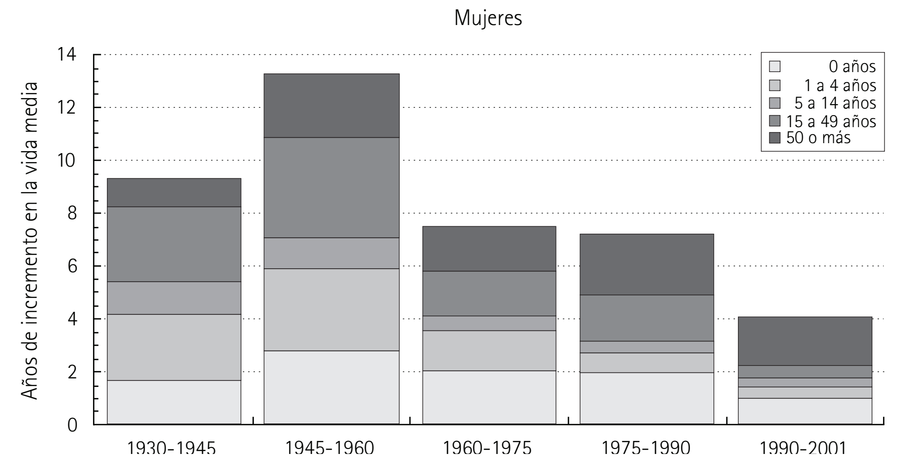


Fuente: Conapo, 2001b: 24.

Gráfica 3.2. Esperanza de vida al nacer, por sexo.


EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS



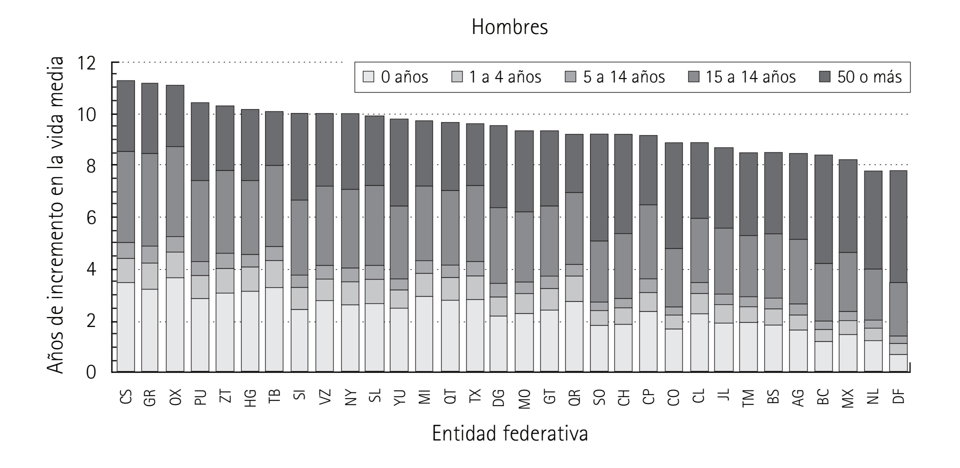


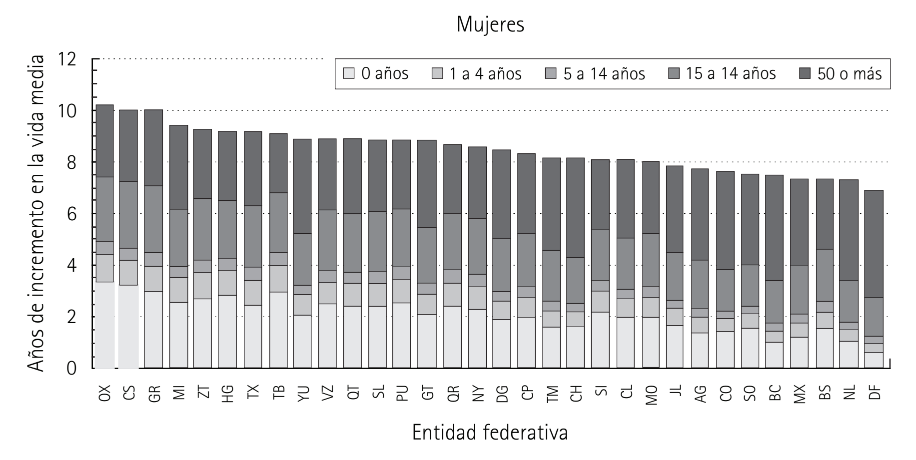
Fuente: Conapo, 2001b: 24.

Gráfica 3.3. Incremento en la esperanza de vida por grandes grupos de edad, según sexo y periodo.

En la gráfica 3.3 se muestran los incrementos en la esperanza de vida por grupos de edad; se observa que dicha medida se ha beneficiado más por el aporte del grupo de las poblaciones infantil y preescolar (menores de un año y de uno a cuatro años, respectivamente) y para edades de 50 años y más. Un patrón similar se observa entre las entidades federativas (gráfica 3.4),


EL COLEGIO DE MÉXICO





Fuente: Conapo, 2001b: 25.

Gráfica 3.4. Incrementos en la esperanza de vida por entidad federativa, por grandes grupos de edad y sexo en el periodo 1979-1999.

donde además se aprecia que los mayores incrementos en la esperanza de vida, de 1979 a 1999, han tenido lugar en los estados de menor desarrollo, ya que en éstos los incrementos en la esperanza de vida se deben a la disminución considerable de la mortalidad infantil y preescolar, pues entre los niños de entre uno a cuatro años y la población infantil y adolescente de cinco a 14 años la mortalidad no "aporta" cambios en los incrementos


EL COLEGIO DE MÉXICO

de dicha esperanza de vida, debido a que su mortalidad se ha mantenido constante hasta el momento, hecho indicativo de la convergencia de los niveles del fenómeno. En efecto, las distancias de las esperanzas de vida de la población entre las entidades federativas se redujeron en promedio 40%, es decir, que por cada año de esperanza de vida que mediaba entre dos entidades en 1979, sólo las separaban 0.6 años en 1999 (Conapo, 2006a).

Ganancias en la esperanza de vida por grupos de edad en el periodo 1980-2005

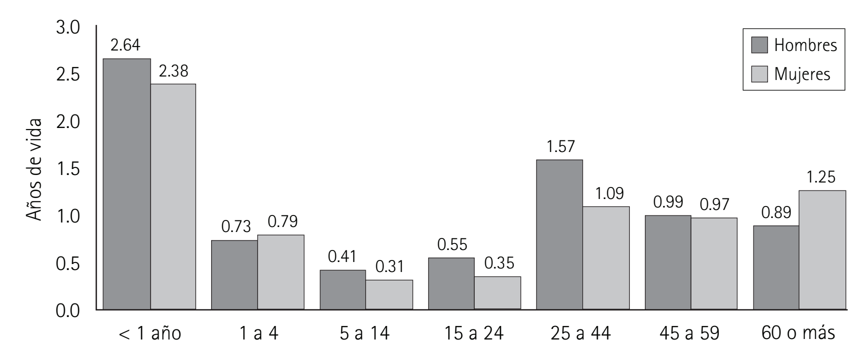
Los cambios observados en los niveles de la mortalidad se han reflejado en el aumento de la esperanza de vida de la población, ya que dicha cifra se incrementó 7.5 años entre 1980 y 2005, al pasar de 67 años a 74.5 (García y Gloria, 2006).

Cada uno de los grupos de edad y sexo han contribuido al aumento en la esperanza de vida promedio (gráfica 3.5). El mayor número de años ganados se debe al descenso de la mortalidad en los menores de un año. En el caso de la esperanza de vida de los hombres, los infantes aportaron 2.6 años, lo que en términos relativos significa 34% de los 7.8 años totales ganados por la población masculina. En tanto, la reducción de la mortalidad entre las niñas menores de un año contribuyó también con 2.4 años (34%) de los 7.1 años adicionales de la esperanza de vida femenina.

El segundo grupo que contribuye con más años al aumento de la esperanza de vida de la población masculina son los adultos jóvenes (25 a 44 años), con 1.6, seguidos por el grupo de adultos maduros (45 a 59 años), con 0.9 años, y por los adultos mayores (60 años o más), con 0.8. El resto de los grupos también contribuyó para la ganancia de la esperanza de vida, aunque en menor proporción, sumando 1.6 años.

En el caso de la esperanza de vida femenina, las mayores contribuciones, después de las infantiles, son las del grupo de adultas mayores (1.2 años), después el grupo de adultas jóvenes (1 año), mientras que el grupo de adultas maduras ocupa el cuarto lugar en la reducción de la mortalidad, con un aporte de 0.9 años en dicha medida. En el resto de los grupos la disminución de la mortalidad fue menor, lo que se refleja en una ganancia en la esperanza de vida de 1.4 años en conjunto.





Fuente: García y Gloria, 2006: 42.

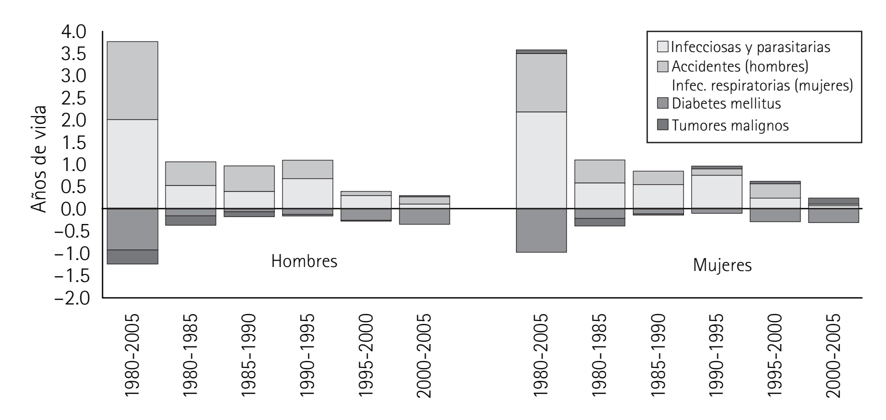
Gráfica 3.5. Ganancias en la esperanza de vida por grandes grupos de edad y sexo, 1980-2005.

Los descensos en la tasa bruta de mortalidad y el aumento en la esperanza de vida se han visto acompañados de una transición epidemiológica, es decir, el paso de un escenario donde prevalecía la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias a uno en el que predominan los padecimientos crónicos y degenerativos. Esta modificación en la estructura de las causas de muerte ha hecho que las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las lesiones y accidentes, representen una proporción creciente de la mortalidad, lo que, aunado al abatimiento de aquellas enfermedades transmisibles, hace que se presenten mejoras en los niveles de la esperanza de vida.

Así como se encuentran diferencias en el aumento de las ganancias en la esperanza de vida por sexo y grupos de edad, también la contribución por causas de muerte es diferente. El grupo de causas que contribuyó en mayor medida al aumento en la esperanza de vida fue el descenso de las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (gráfica 3.6).

En el caso de los hombres, el descenso de las muertes por enfermedades transmisibles contribuyó con 3.7 años, es decir, con 48% de la ganancia total en el periodo de estudio. Al interior de este grupo de enfermedades, por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se ganaron dos años. Si bien este aumento pudo ser mayor, la aparición del VIH/sida ocasionó que se perdieran 0.2 años de esperanza de vida, principalmente durante el quinquenio 1990-1995 (–0.1 años). El segundo grupo de causas de muerte que debido a su descenso contribuyó de


EL COLEGIO DE MÉXICO



Fuente: García y Gloria, 2006: 43.

Gráfica 3.6. Ganancias en la esperanza de vida por causas de muerte y periodo, según sexo.

manera importante al aumento de la esperanza de vida masculina fue el de los accidentes y lesiones, con 2.5 años. En cambio, la diabetes mellitus y los tumores malignos han ocasionado pérdida de años entre los hombres: 0.9 y 0.3 años, respectivamente.

Para las mujeres el descenso de las muertes por enfermedades transmisibles contribuyó con 57% a la esperanza de vida durante el periodo 1980-2005. El segundo grupo de causas que tuvo más impacto en la esperanza de vida femenina fue el de las enfermedades no transmisibles (1.3 años), contribuyendo con 19% de la ganancia femenina. En este grupo destaca la ganancia por el descenso de muertes ocasionadas por enfermedades cardiovasculares (1.2 años) y, en menor medida, por las enfermedades digestivas (0.3 años). El aumento de las muertes por diabetes mellitus en el periodo 1980-2005 ocasionó que se perdieran 0.9 años, intensificándose durante el último quinquenio (2000-2005), cuando la pérdida fue de 0.3 años. A diferencia de los hombres, los tumores malignos presentan un balance positivo a lo largo del periodo, registrando cambios importantes.

Durante el primer decenio (1980-1990) se perdieron 0.1 años de vida y en el periodo 1990-2005 hubo una ganancia de 0.2 años. Esto se debe principalmente al combate de los tumores malignos de cuello de útero y estómago, aunque sigue siendo necesario tomar medidas en la atención y prevención de tumores malignos de mama, páncreas, colon y recto (Conapo, 2006a).

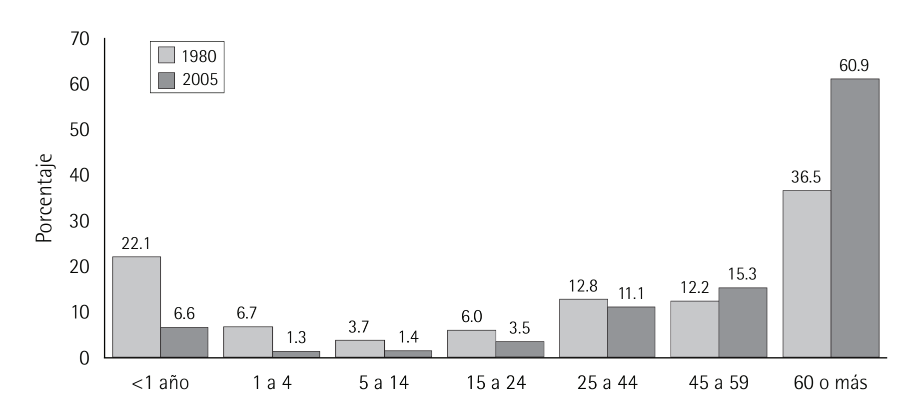


CAMBIOS EN LA MORTALIDAD POR CAUSAS

En 1980, de las poco más de 434 000 defunciones registradas en todo el país, 32.1% fueron causadas por enfermedades transmisibles, 45.4% se debieron a enfermedades no transmisibles, 15.8% a consecuencia de accidentes y lesiones y, el restante 6.7% pertenecen a causas mal definidas (Conapo, 2006a). En 2005 las defunciones registradas fueron poco más de 495 000: 13.1% se debieron a enfermedades transmisibles, 74.3% a enfermedades no transmisibles, 10.7% a accidentes y lesiones y 1.9% por aquellas causas mal definidas o desconocidas.

Como se puede observar en la gráfica 3.7, la distribución de las defunciones se concentra principalmente en las edades adultas. Entre 1980 y 2005, la proporción de muertes infantiles (menores de un año) descendió de 22.1 a 6.6%. Lo mismo sucede con los grupos de niños en edad preescolar (uno a cuatro años) y escolar (cinco a 14 años), cuya participación relativa se redujo de manera significativa; en 2005, cada uno de estos grupos representó un peso menor a 1.5% con respecto al total de las muertes.

El peso relativo de las muertes en el grupo de adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) también descendió de forma importante, al pasar de 6% en 1980 a 3.5% en 2005. Aunque con una reducción menor, la proporción de defunciones de los adultos jóvenes (25 a 44 años) también disminuyó 1.7 puntos porcentuales. En cambio, las defunciones de las personas adultas



Fuente: García y Gloria, 2006: 27.

Gráfica 3.7. Distribución de las defunciones registradas por grandes grupos de edad, en el periodo 1980-2005.


EL COLEGIO DE MÉXICO

maduras (45 a 59 años) y de la tercera edad (60 años en adelante) incrementaron su peso.

En 1980, las defunciones de personas de entre 45 y 59 años de edad representaban 12.2%; 25 años después este porcentaje aumentó a 15.3%. Entre los adultos mayores el aumento fue de 24.4 puntos porcentuales, registrando en 2005 cerca de 61% del total de las defunciones.

En 1980, 57% de las defunciones totales correspondieron al sexo masculino, mientras que 43% al femenino. Si bien se observa un ligero cambio en 2005 (55.2 y 44.8% para hombres y mujeres, respectivamente), sigue siendo marcada la sobremortalidad masculina.

A continuación, retomamos el análisis de García y Gloria (2006) sobre los niveles y tendencias de la mortalidad por las principales causas para cada grupo de edad y sexo, para el periodo 1980-2005, considerando una agrupación de siete intervalos de edad, los cuales se relacionan con las etapas del curso de vida de las personas:

- Población infantil: menores de un año
- Niños en edad preescolar: uno a cuatro años
- Niños en edad escolar: cinco a 14 años
- Adolescentes y jóvenes: 15 a 24 años
- Adultos jóvenes: 25 a 44 años
- Adultos maduros: 45 a 59 años
- Adultos mayores: 60 años en adelante.

Mortalidad en menores de un año

Las enfermedades de etiología infectocontagiosa siguen siendo las principales causantes de muerte de los infantes. En 1980, los decesos por enfermedades infecciosas y parasitarias en el país representaron 28.1% del total de fallecimientos de varones menores de un año; entre las niñas, la proporción aumentó a 29.4%, colocándose como la principal causa de muerte. Veinticinco años después, las muertes por estas causas ocupaban la cuarta posición en ambos sexos, con 7% del total de las defunciones de menores de un año.

En el año 2005, del total de las defunciones, 51.7 y 48.9% se debieron a afecciones perinatales entre los niños y niñas, respectivamente. La proporción por estas causas se ubicó en 9.4 y 7.1 defunciones por mil nacidos vivos varones y mujeres, respectivamente.



Mortalidad en niños de edad preescolar (uno a 4 años)

Las tasas de mortalidad por accidentes como primera causa de muerte disminuyeron en alrededor de 50% para ambos sexos; sin embargo, la tasa de los hombres, 21.5 defunciones por cada 100 000, es 44% mayor que la registrada por las mujeres en 2005, 15 muertes por 100 000. La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias para los niños es de 14.7 defunciones por 100 000 habitantes, en tanto que para las niñas es de 13.6 decesos.

Las muertes por anomalías congénitas en este grupo de edad se han más que duplicado, al pasar los varones de 4.7 defunciones por 100 000 en 1980, a 11.2 en 2005; de igual forma, en la población femenina pasó de 5.8 a 11.2 decesos por 100 000 niñas en el mismo periodo.

Un marcado descenso también se observa en las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias, al pasar de poco más de 57 defunciones por 100 000 infantes en 1980 a cerca de ocho en 2005, lo que significa un decremento de 86%, en ambos sexos.

Mortalidad en niños de edad escolar (5 a 14 años)

En 2005 la primera causa de muerte entre los niños y adolescentes en edad escolar en México fueron los accidentes; la tasa de mortalidad por esa causa fue de 13 defunciones por cada 100 000 personas, más del doble que la de sus pares femeninos (5.6 defunciones por 100 000 personas). Una de cada tres defunciones de los hombres de este grupo de edad se debió a esta causa.

Los tumores malignos se colocaron como la segunda causa de muerte, ascendiendo dos lugares con respecto a 1980; las diferencias son de 5.9 decesos por tumores malignos por 100 000 hombres frente a 4.1 por cada 100 000 mujeres.

La tercera causa de muerte son los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, con 7.9% y una tasa de 3.1 defunciones por trastornos mentales contra 2.4 por 100 000 mujeres.

Con respecto a 1980, en el año 2005 se presenta una disminución de más de 85% en el nivel de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, teniendo en dicho año un nivel de 2.9 para hombres y 2.3 para las defunciones femeninas por 100 000 habitantes.



Mortalidad en adolescentes y jóvenes (15 a 24 años)

En este grupo se presentan las mayores diferencias de la mortalidad entre hombres y mujeres. Las dos primeras causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes mexicanos, desde 1980 hasta 2005, fueron las muertes por accidentes y lesiones intencionales: 40.5% de las defunciones se debió a accidentes en 2005, principalmente de tránsito. Las lesiones intencionales son las causantes de 22.7% de las defunciones, cifra superior a la registrada en 1980 (16.2%).

La mortalidad por tumores malignos es la segunda en importancia, con 12.1% de las defunciones. Los homicidios contribuyeron al descenso de la mortalidad por lesiones intencionales, al pasar de 32.2 a 17.2 decesos por 100 000 mexicanos de entre 15 y 24 años.

En el caso de las mujeres, si bien los accidentes se mantienen como la primera causa de muerte, las proporciones son mucho menores que en los hombres. La mortalidad por tumores malignos es la segunda en importancia con 12.1% de las defunciones.

Otra causa importante que en 1980 y 2005 se ubicó en cuarto lugar entre las mujeres del país es la mortalidad materna. Aunque se reconocen los avances en la vigilancia y atención antes, durante y después del parto, que han dado como resultado la reducción de la tasa de mortalidad materna juvenil a una tercera parte, de 10.5 a 3.7 defunciones por 100 000 mujeres adolescentes y jóvenes.

Mortalidad en adultos jóvenes (25 a 44 años)

En el grupo de adultos jóvenes son también marcadas las diferencias por sexo entre las principales causas de muerte. Durante 1980 una de cada diez muertes femeninas era ocasionada por algún tumor maligno, dos décadas y media después la relación aumentó a cerca de una de cada cuatro (28 decesos por 100 000 mujeres).

En el caso de los hombres se aprecia un cambio significativo en la reducción conjunta de los accidentes y lesiones intencionales, que de representar cerca de la mitad de las defunciones en 1980 pasaron a representar 38.6% 25 años después.

Las muertes por enfermedades cardiovasculares han disminuido entre los adultos jóvenes de ambos sexos. En el caso de los hombres, la tasa pasó de 42.8 decesos por cien mil varones a 23.7, lo que representa una disminu-



ción de 45%. En el caso de las mujeres el descenso es mayor (67%), al pasar de 40.5 a 13.2 defunciones por cada 100 000 mujeres adultas jóvenes.

Mortalidad en adultos maduros (45 a 59 años)

La población mexicana de adultos maduros ha logrado en 25 años un descenso en las enfermedades cardiovasculares de 30% en la población masculina y de 51% en la femenina. En 2005, la tasa de los hombres fue de 149.7 defunciones por 100 000 y la de mujeres de 82.5 decesos por 100 000. En cambio, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus registra un aumento considerable durante el periodo de estudio. En los varones el crecimiento de la tasa fue superior a 100%, al pasar de 64.6 a 138.8 muertes por 100 000 hombres, entre 1980 y 2005. En el caso de las mujeres el crecimiento fue de 72%, al pasar de 64.6 a 111 decesos.

Las muertes por enfermedades digestivas han afectado de manera similar a la población masculina de adultos maduros del país durante el periodo 1980-2005, con una tasa de 171.8 defunciones por 100 000 hombres en 2005. La población femenina ha visto reducida la tasa de mortalidad por esta causa en 44%, al pasar de 85.4 a 48.1 decesos por 100 000.

La tasa de mortalidad por tumores malignos en la población de hombres de 45 a 59 años pasó de 78.4 defunciones por 100 000 individuos a 93.5 en 2005, lo que significa un aumento de 19 por ciento.

Mortalidad en adultos mayores (60 años o más)

El mayor número de muertes en este grupo de edad al año 2005 se debió a enfermedades cardiovasculares, que ocasionaron alrededor de 30% de las muertes en ambos sexos. Como segunda causa de muerte en hombres se encuentran los tumores malignos, ubicándose en 14.4% y en las mujeres la diabetes mellitus, con 18.6% de las muertes.

Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en 2005 se ubicaron en 11.9 y 10.9 defunciones por cada mil hombres y mujeres, respectivamente. La tasa de mortalidad por tumores malignos se incrementó entre la población masculina, al pasar de 4.6 a 5.8 defunciones por cada mil hombres. Mientras que en la población femenina se mantuvo prácticamente constante, alrededor de 4.4 defunciones por mil mujeres. La tasa de



mortalidad por diabetes mellitus aumentó para ubicarse, en 2005, en 5.8 y 6.4 defunciones por mil hombres y mujeres, respectivamente.

En suma, la pauta de mortalidad de la población mexicana ha mostrado un paulatino abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y una mayor concentración de las defunciones en los padecimientos crónicos y degenerativos, que están estrechamente vinculados a la mayor sobrevivencia de la población y a sociedades de mayor desarrollo (Mina, 2006). Sin embargo, aún hay evidentes rezagos entre los grupos más pobres y desprotegidos.

Todavía son altas las tasas de mortalidad por afecciones perinatales, anomalías congénitas, enfermedades respiratorias e infecciosas y parasitarias en los menores de un año. En los niños en edad preescolar las tasas de mortalidad por accidentes son las más importantes, además de las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas respiratorias e infecciosas y parasitarias, estas últimas prevenibles a bajo costo.

Otro aspecto en el que es necesario hacer énfasis es en la búsqueda de soluciones para prevenir las altas tasas de mortalidad por accidentes y lesiones intencionales entre los adolescentes y jóvenes, así como las enfermedades infecciosas y parasitarias entre los varones de 25 a 44 años de edad. Esto se debe en gran medida al aumento del VIH/sida, que plantea nuevos desafíos al sistema de salud mexicano. En el caso de las mujeres de este grupo de edad, los tumores malignos presentan cada año una mayor incidencia.

Las enfermedades digestivas comienzan a cobrar gran relevancia, principalmente entre los hombres a partir de los 45 años de edad e incluso en los adultos mayores. Dentro de estas enfermedades destacan la cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado, las cuales se encuentran altamente relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas (Morelos y Mejía, 2006).

Finalmente, es cierto que los cambios en la mortalidad han repercutido en el aumento de la esperanza de vida de los mexicanos; sin embargo, resulta imperativo que este tiempo ganado se viva con una adecuada calidad de vida.

APRECIACIÓN GENERAL Y CONSIDERACIONES FINALES

A manera de resumen, en el cuadro 3.3 se muestran las principales medidas de la mortalidad para años entre 1900 y 2005. Se comparan las tasas brutas de natalidad y de mortalidad, así como las esperanzas de vida estimadas para dicho periodo.



Cuadro 3.3. Principales indicadores de la mortalidad

Año	*Población*[1]	*Tasa bruta de natalidad*[2]	*Tasa bruta de mortalidad*[3]	*Esperanza de vida al nacer*[4]
1900	12 700 294	36.4	33.1	n.d.
1910	15 160 369	32.0	33.2	n.d.
1921	14 334 780	31.4	25.1	n.d.
1930	16 552 722	49.4	25.5	36.9
1940	19 653 552	44.3	23.3	41.5
1950	25 791 017	45.5	17.0	49.7
1960	34 923 129	44.6	12.2	58.9
1970	48 225 238	43.4	10.7	64.0
1980	67 944 099	34.9	6.9	67.8
1990	81 249 645	28.8	5.6	70.6
1995	91 158 290	25.8	5.0	72.4
2000	97 483 412	24.5	4.9	73.9
2005	103 263 388	19.3	4.8	74.6

Fuentes: [1] 1900-1990: INEGI (varios años); 1995-2005: INEGI, 2005a. [2] 1900-1960: CEED, 1981; 1970 y 1980: Gómez de León y Partida, 1998; 1990-2005: INEGI, 2005a. [3] 1900-1960: CEED, 1981; 1970 y 1980: Gómez de León y Partida, 1998; Conapo, 2001; 1990-2005: INEGI, 2005b. [4] 1930: CEED, 1981; 1940-1980: Camposortega, 1992; 1990-2005: INEGI, 2005b.
n.d.: no disponible.

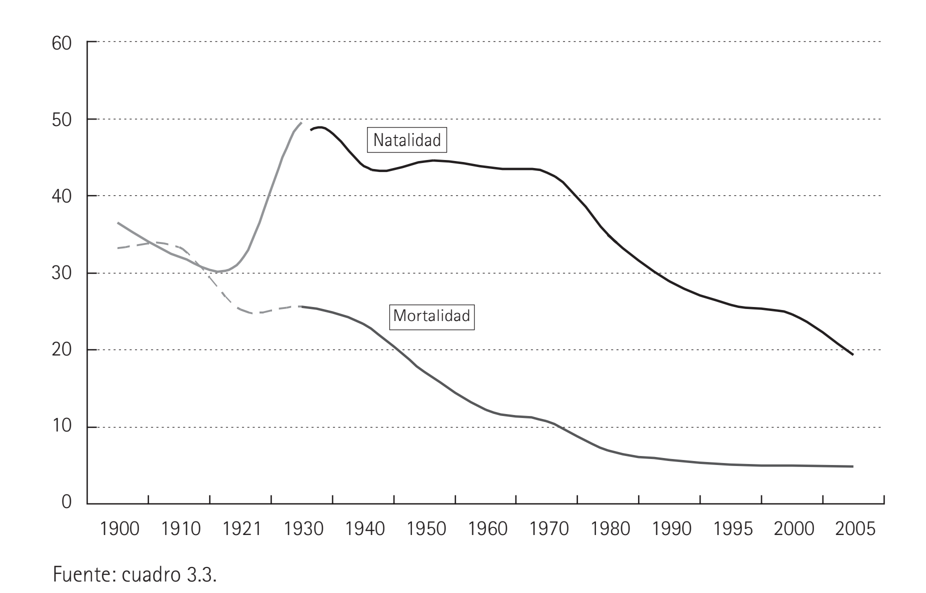
En la gráfica 3.8 se aprecia cómo a partir de 1930 la brecha entre las tendencias de la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad se reduce con el tiempo.

Con base en el cuadro 3.3, de 1930 a 1960 se tiene el mejor ritmo de crecimiento en la esperanza de vida, incrementándose 22 años, es decir, un promedio anual de 0.7 años. De 1960 a 1990 la ganancia en años en la esperanza de vida es más moderada, aproximadamente 0.3 años de aumento promedio anual, y de 1990 a 2005 el aumento en la esperanza de vida es aún más discreto en términos relativos, pues en el ultimo lustro de estudio se incrementó en 0.9%, ganando sólo 0.1 años en dicho periodo.

La esperanza de vida en los próximos años (2010-2050)

En el cuadro 3.4 se presentan las esperanzas de vida promedio a la edad exacta *x* para la población mexicana en el año 2007. Se tiene que, al nacimiento, dicha medida es de 73.3 años, aumentando en el siguiente año de





Fuente: cuadro 3.3.

Gráfica 3.8. Tasas brutas de natalidad y mortalidad, por cada 1 000 habitantes.

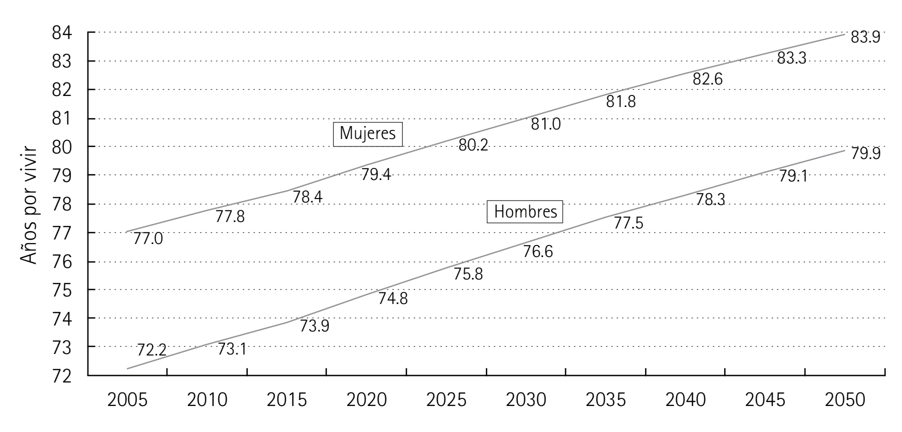
Cuadro 3.4. Esperanza de vida promedio a la edad *x* (2007)

Edad x	$^{o}e_{x}$	*Edad x*	$^{o}e_{x}$
0	73.3	50	28.7
1	74.0	55	24.6
5	70.7	60	20.7
10	65.8	65	17.1
15	60.9	70	13.8
20	56.1	75	10.9
25	51.4	80	8.4
30	46.7	85	6.2
35	42.0	90	4.4
40	37.5	95	2.7
45	33.0	99	0.5

Fuente: cálculos propios.

edad a 74 años, y con una disminución en los siguientes años de edad y hasta el final de la vida, con los valores de: 56.1 años de esperanza de vida a los 20 años de edad; 37.5 años a los 40; 21 años a los 60, y 8.4 años a los 80 años.





Fuente: construcción a partir de cifras del Conapo, 2006b.

Gráfica 3.9. Proyección de la esperanza de vida al nacer por sexo, según hipótesis futuras de la mortalidad.

Proyecciones del Consejo Nacional de Población, basadas en extrapolar la esperanza de vida parcial de 5 a 64 años,[1] indican que la esperanza de vida aumentaría de 74.6 años en 2005 (72.2 para hombres y 77 para mujeres) a 75 en 2007 (72.6 y 77.4) y a 75.3 (73.1 y 77.8) en 2010; 78.8 (76.6 y 81) en 2030 y, finalmente, a 81.8 años (79.9 para hombres y 83.9 para mujeres) en 2050 (gráfica 3.9); alcanzando en esta última proyección la esperanza de vida al nacimiento en Japón, la cual fue de 78.5 para hombres y 85.5 para mujeres en 2005, país que registra en la actualidad el nivel más bajo de mortalidad en el mundo.

A continuación se muestran las proyecciones que el Conapo obtuvo de la esperanza de vida promedio por décadas para el periodo 2010-2050 (cuadro 3.5). Se observa que, en los 40 años que comprende dicho periodo, la ganancia total en la esperanza de vida al nacimiento es de 6.5 años, al pasar de 74.2 años para el 2010 a 80.7 para el año 2050, lo que significa una ganancia de 1.6 años promedio por década, es decir, dos meses en promedio de ganancia por año (gráfica 3.9).

Siendo menores los avances para las edades adultas, con una esperanza de vida a los 40 años de edad de 38 años en el 2010 y de 42.5 años en el

[1] $_{65}e_0\,(2005 + y) = \dfrac{60}{1 + e^{-3.009522\,-\,0.022886y}}$



2050, y a los 80 años de edad es aún menor el cambio en la esperanza de vida, pasando de 8.5 años en el 2010 a tan sólo 9.9 años en el 2050 (gráfica 3.10).

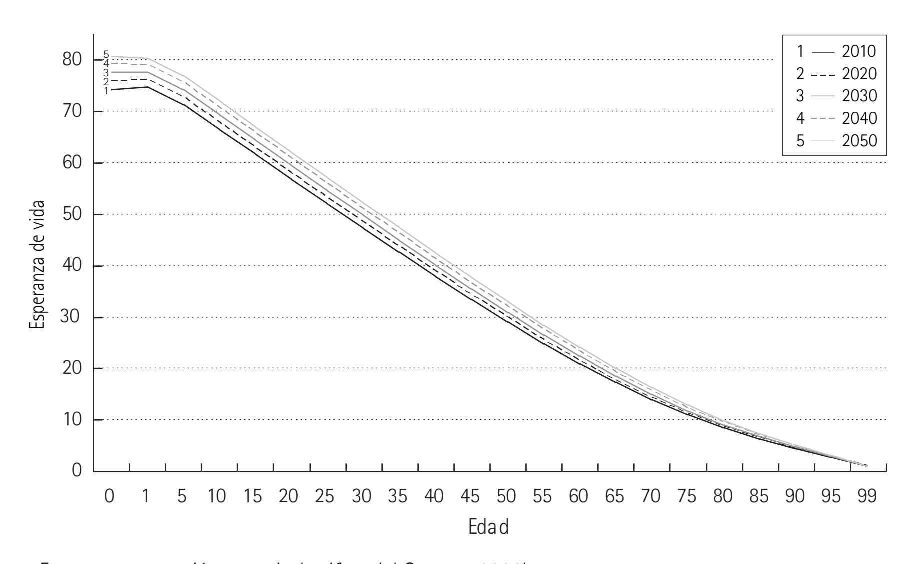
Nótese que hasta los 45 años de edad las diferencias entre las ganancias para cada década son relativamente significativas, pues a excepción del periodo 2010-2020, todas son superiores a un año por década; no obstante, conforme pasa el tiempo las ganancias en los últimos tres periodos son superiores a las del primero y decrecientes entre sí, además de que las diferencias entre esos últimos periodos proporcionalmente al periodo 2010-2020 no son tan amplias. En la gráfica 3.11 se comparan las ganancias en años en la esperanza de vida correspondientes a cada edad para el periodo 2010-2050. Nótese cómo los últimos tres periodos se despegan considerablemente del primero; sin embargo, las diferencias o ganancias a partir del

Cuadro 3.5. Proyección de la esperanza de vida a la edad exacta *x*

	Año				
Edad x	*2010*	*2020*	*2030*	*2040*	*2050*
0	74.3	75.1	77.7	79.3	80.7
1	74.8	76.2	77.7	79.1	80.4
5	71.5	72.8	74.3	75.7	77.0
10	66.6	67.9	69.3	70.7	72.0
15	61.6	62.9	64.4	65.7	67.0
20	56.8	58.0	59.5	60.8	62.1
25	52.0	53.2	54.6	55.9	57.2
30	47.3	48.4	49.8	51.0	52.3
35	42.6	43.7	44.9	46.2	47.4
40	37.1	38.1	40.2	41.3	42.5
45	33.5	34.3	35.5	36.6	37.7
50	29.1	29.9	30.9	31.1	32.1
55	24.9	25.6	26.5	27.5	28.5
60	20.1	21.5	22.4	23.2	24.1
65	17.3	17.7	18.5	19.2	20.0
70	13.1	14.3	14.9	15.6	16.3
75	11.0	11.3	11.8	12.3	12.9
80	8.5	8.7	9.1	9.5	9.9
85	6.3	6.4	6.7	7.0	7.3
90	4.4	4.5	4.7	4.9	5.1
95	2.7	2.8	2.9	2.1	3.1
99	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1

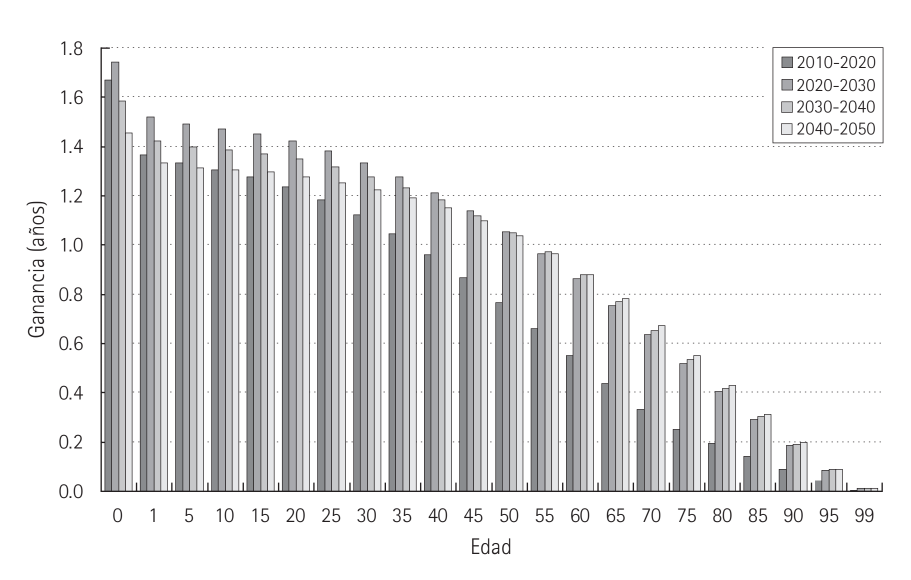
Fuente: Conapo, 2006b.





Fuente: construcción a partir de cifras del Conapo, 2006b.

Gráfica 3.10. Esperanza de vida general a la edad *x*, 2010-2050.



Fuente: construcción a partir de cifras del Conapo, 2006b.

Gráfica 3.11. Ganancia en años de la esperanza de vida general a la edad *x*, por década, 2010-2050.



Cuadro 3.6. Ganancia en la esperanza de vida

	Periodo							
	2010-2020		*2020-2030*		*2030-2040*		*2040-2050*	
Edad	*En días*	*En años*	*En días*	*En años*	*En días*	*En años*	*En días*	*En años*
0	610	1.7	636	1.7	579	1.6	531	1.5
1	498	1.4	554	1.5	519	1.4	487	1.3
5	487	1.3	544	1.5	511	1.4	480	1.3
10	476	1.3	537	1.5	506	1.4	477	1.3
15	466	1.3	530	1.5	500	1.4	473	1.3
20	452	1.2	519	1.4	492	1.4	467	1.3
25	433	1.2	504	1.4	480	1.3	457	1.3
30	409	1.1	486	1.3	466	1.3	447	1.2
35	382	1.1	465	1.3	450	1.2	434	1.2
40	351	1.0	442	1.2	431	1.2	420	1.2
45	316	0.9	415	1.1	409	1.1	401	1.1
50	280	0.8	385	1.1	383	1.1	379	1.0
55	242	0.7	352	1.0	354	1.0	352	1.0
60	201	0.6	315	0.9	320	0.9	322	0.9
65	160	0.4	275	0.8	281	0.8	286	0.8
70	122	0.3	233	0.6	238	0.7	245	0.7
75	92	0.3	190	0.5	195	0.5	201	0.6
80	71	0.2	148	0.4	152	0.4	157	0.4
85	52	0.1	107	0.3	111	0.3	114	0.3
90	33	0.1	68	0.2	70	0.2	72	0.2
95	16	0.0	31	0.1	32	0.1	32	0.1
99	2	0.01	4	0.01	4	0.01	4	0.01

Fuente: cuadro 3. 5.

año 2020 para tales periodos son cada vez menores conforme a la avanzada edad, teniéndose que a partir de los 40 años de edad la ganancia entre cada década sera cada vez menos perceptible y, hasta los 50 años de edad, las ganancias son mayores para las primeras décadas de estudio (cuadro 3.6).

A partir de los 50 años de edad, la tendencia en las ganancias con respecto a la edad cambian; las mayores ganancias se tienen en la penúltima década (2030-2040), los últimos tres periodos se distinguen ampliamente con respecto al periodo 2010-2020, pero entre ellas las diferencias son prácticamente nulas hasta llegar a la edad de 99 años, lo que hace pensar en una estacionalidad en la esperanza de vida para las edades avanzadas, es decir, las ganancias en la esperanza de vida a dichas edades conforme pase el tiempo serán cada vez más discretas (cuadro 3.6).



Los avances tecnológicos dedicados al control de enfermedades se han ido incrementando considerablemente para propiciar una mejor calidad y expectativa de vida de la población; pero aún no se puede asegurar del todo si realmente se pueda llegar a una esperanza de vida al nacimiento de 100 años, ya que hasta el momento, a pesar de dichos avances, no se ha podido controlar enfermedades silenciosas, como la diabetes mellitus, y las cardiovasculares. Es indispensable continuar y unir esfuerzos con diversas instituciones de salud para poder alcanzar la esperanza de vida al nacimiento de 80 años, proyectada para el año 2050.

REFERENCIAS

Benítez, R., y G. Cabrera, 1967. *Tablas abreviadas de mortalidad de la población de México, 1930, 1940, 1950, 1960*. México, El Colegio de México.

Camposortega Cruz, S., 1992. *Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940-1980*. México, El Colegio de México.

Cárdenas, R., 2001. Las causas de muerte en México, en J. Gómez de León y C. Rabell Romero (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Consejo Nacional de Población-Fondo de Cultura Económica, pp. 109-144.

CEED (Centro de Estudios Económicos y Demográficos), 1981. *Dinámica de la población*, 2ª ed. México, El Colegio de México.

Conapo, 2001a. *La población de México en el nuevo siglo*. México [en línea]. Disponible en <*http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Lapoblacion/02.pdf*>.

Conapo, 2001b. Evolución de la mortalidad y la esperanza de vida, en *La población de México en el nuevo siglo*. México.

Conapo, 2006a. *La situación demográfica de México 2006*. México.

Conapo, 2006b. *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. México.

Conapo, El Colegio de México e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2006. *Conciliación de la dinámica demográfica del país para el periodo 2000-2005* [en línea]. México. Disponible en <*http://www.conapo.gob.mx*> [consultado en junio de 2008].

García López, J.E., y L.E.G. Hernández, 2006. Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años, en Conapo, *La situación demográfica de México 2006*. México, pp. 27-48.

Gómez de León Cruces, J., y C. Rabell Romero (coords.), 2001. *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Consejo Nacional de Población-Fondo de Cultura Económica.

Gómez de León Cruces, J., y V. Partida, 1998. *Sesenta y cinco años de mortalidad en*



México, una reconstrucción demográfica 1930-1995. México, Consejo Nacional de Población.

Gómez de León Cruces, J., 2001. Niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad, en J. Gómez de León y C. Rabell Romero (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo* XXI. México, Consejo Nacional de Población-Fondo de Cultura Económica, pp. 81-108.

INEGI, varios años. I a XII *Censos de Población y Vivienda*. México.

INEGI, varios años. *Estadísticas de Mortalidad y Estadísticas de Natalidad* [en línea]. Disponibles en <*http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208*> [consultadas hasta junio de 2008].

INEGI, 2005a. I y II *Conteo de Población y Vivienda* [en línea]. Disponible en <*http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202*>.

INEGI, 2005b. *Estadísticas sociodemográficas* [en línea]. Disponible en <*http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=272&s=inegi*>.

Mina Valdés, A., 2006. Las causas de muerte en México y sus ganancias en la esperanza de vida, en J.L. Lezama y J.B. Morelos (coords.), *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*, México, El Colegio de México, pp. 115-148.

Morelos, J.B., y G. Mejía Paillés, 2006. Una década de evolución de las principales causas de mortalidad en adultos mayores en el país y en el Distrito Federal, 1985-1995, en J.L. Lezama y J.B. Morelos (coords.). *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*, México, El Colegio de México, pp. 75-114.

ONU, 2008. Cifras obtenidas hasta junio de 2008, desde <*http://data.un.org*>.



4
DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

*Rosario Cárdenas**

CONTENIDO

Los cambios en la mortalidad 106
Situación actual de las condiciones de salud 109
El mejoramiento de las condiciones de salud
en el siglo XXI 125
Referencias 130

* Profesora-investigadora del Posgrado en Población y Salud. Universidad Autónoma Metropolitana: <*carde@correo.xoc.uam.mx*>.

EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS

LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD

En ningún otro periodo de la historia de México se han registrado cambios tan importantes en las condiciones de salud de la población como los observados durante el siglo XX. La reducción de los niveles de la mortalidad ha resultado en una disminución continua de la tasa bruta de mortalidad y un incremento continuo de la esperanza de vida. En 2007 el Consejo Nacional de Población estimaba que la esperanza de vida al nacimiento era de 73.49 años para la población masculina y de 78.38 años para la población femenina (Conapo, 2002).

Durante más de la primera mitad del siglo XX, la mayoría de las defunciones era debida a causas asociadas con enfermedades transmisibles. En 1922, la neumonía e influenza, las enteritis, el paludismo, la tos ferina, la viruela y la tuberculosis fueron la causa de muerte de alrededor de 35% del total de las defunciones registradas (SSA, s.f.). El análisis de la información sobre mortalidad por causas específicas permite ubicar en la década de los años setenta el inicio de la transformación del perfil de mortalidad por causas en el país (Cárdenas, 2002). Al predominio de las enfermedades transmisibles le ha seguido una reducción en la participación de éstas en la estructura de mortalidad y el aumento de la proporción de defunciones debidas a causas no transmisibles. La transformación descrita corresponde a la modificación en el patrón de la mortalidad conocido como "transición epidemiológica". La importancia de los cambios ocurridos durante dicha década puede ser apreciada al observar que en 1980 la mortalidad asociada a las patologías específicas señaladas provocó alrededor de 20% del total de las defunciones registradas (SSA, s.f.), mientras que en años recientes más de 50% del total de la mortalidad es debida a enfermedades no transmisibles.

La transformación del patrón de mortalidad por causas en el país responde a factores de muy diversa naturaleza. Por una parte, es innegable el papel desempeñado por el proceso de urbanización que ha resultado en una ampliación del sistema de comunicaciones, la diversificación de alimentos disponibles y, en general, el mejoramiento del acceso a servicios básicos, entre los cuales se encuentran los de salud. Sin embargo, en contraste con lo ocurrido en los países desarrollados, en los cuales la modificación de los patrones de mortalidad por causas fue resultado de cambios graduales en las condiciones de vida de la población, países como el nuestro se vieron beneficiados por la aplicación de manera intensiva de los descubrimientos sanitarios y de tecnología médica que permitieron atender o



prevenir el desarrollo de algunas enfermedades transmisibles específicas. Así, por ejemplo, la introducción o ampliación de la distribución de agua entubada y el empleo de las técnicas de potabilización trajo como consecuencia una reducción de la frecuencia de ocurrencia de infecciones intestinales. De forma concomitante, la ampliación de la disponibilidad de antibióticos permitió mejorar la atención médica de estas patologías, disminuyendo con ello mortalidad asociada. El descubrimiento de los mecanismos de contagio o transmisión de enfermedades infecciosas o parasitarias ha permitido interrumpir éstos, reduciendo la frecuencia de ocurrencia y, con ello, la mortalidad debida a estas enfermedades. Con relación a la mortalidad por enfermedades transmisibles, el esfuerzo internacional que condujo a la eliminación de la viruela como problema de salud ha sido indudablemente uno de los grandes logros obtenidos en materia de salud pública en el mundo en el siglo XX. En la misma línea en cuanto a los objetivos planteados se encuentran las acciones emprendidas contra el paludismo y el conjunto de patologías prevenibles por vacunación. En el caso de nuestro país, actualmente no se registran defunciones debidas a paludismo y su participación como problema de salud se encuentra bajo control. De igual forma, y como resultado de la ampliación de cobertura de los esquemas de vacunación en el país, la tos ferina que solía ser una de las principales patologías en el país, afectando principalmente a la población infantil, ha disminuido notablemente.

Sin embargo, pese a los avances logrados en materia de salud, persisten enormes diferenciales entre subgrupos en el territorio nacional. La revisión comparativa por entidades federativas pone de manifiesto el rezago en el cual se encuentra la población de algunos estados. El nivel de la mortalidad debida a enfermedades transmisibles, perinatales, nutricionales y maternas que se observa en Chiapas, Oaxaca y Puebla es casi dos veces superior al observado en Nuevo León. Situaciones similares se encuentran al contrastar áreas urbanas y rurales o entre municipios con distintos niveles de marginación. Los diferenciales en la mortalidad no solamente se registran a nivel general o por causas específicas, sino también en indicadores globales, como la esperanza de vida al nacimiento, las mortalidades infantil o materna, o incluso la debida a lesiones.

El análisis de información sobre poblaciones indígenas muestra un panorama de mayor rezago en la satisfacción de las necesidades en salud. Tanto las aproximaciones metodológicas que utilizan como unidad de análisis los municipios con 40% o más de población indígena, como los deri-



vados del trabajo de campo llevado a cabo directamente en comunidades con población indígena señalan diferenciales en los indicadores básicos de salud varias veces superiores a los observados en el ámbito nacional.

Ante el panorama antes descrito este trabajo tiene como objetivo, mediante el análisis de información sobre morbilidad hospitalaria, es decir los casos de enfermedad cuya atención hace necesaria la hospitalización de las personas, identificar los principales problemas de salud que propician la demanda de servicios médicos de este tipo. Para ello, se examina la información estadística compilada y publicada por la Secretaría de Salud, la cual constituye la única base de datos disponible para ello.

Los datos sobre morbilidad, aun en los países que registran la totalidad de información sobre utilización de servicios médicos, adolecen de varias limitaciones. De entre éstas la principal es el hecho de que únicamente reflejan la denominada "morbilidad expresada", es decir, aquella que la población considera suficientemente importante como para requerir de atención médica. Adicionalmente, la manifestación de dicha morbilidad va a estar afectada por el acceso que tenga la población a la atención médica. Sin embargo, a pesar de las limitaciones señaladas, la información sobre morbilidad posibilita apreciar un aspecto distinto del que ofrece los datos de mortalidad tradicionalmente analizados. Aunque la mortalidad refleja las patologías que afectan de manera más severa la salud de la población, no necesariamente muestra aquellas que provocan las mayores demandas de servicios y, por ende, las necesidades más apremiantes en materia de planeación de la atención médica.

El acceso a los servicios de salud en México se encuentra mediado por la inserción laboral o la capacidad de pago. El primer caso corresponde a los servicios médicos que forman parte de los derechos de los trabajadores de ciertos sectores de la sociedad y sus dependientes directos (hijos, cónyuges y, en algunos casos, padres) la cual constituye la denominada población derechohabiente. La población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está constituida por trabajadores que laboran en la iniciativa privada o trabajadores por cuenta propia autoafiliados; los empleados de las burocracias federal o estatal tienen acceso a los servicios médicos que otorga el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el personal militar o naval cuenta con los servicios médicos que proporcionan las secretarías de la Defensa y de Marina, respectivamente, y los trabajadores de Petróleos Mexicanos son derechohabientes de los servicios médicos que otorga de manera directa dicha



dependencia gubernamental. Hasta 2001 el resto constituía la población no derechohabiente. En dicho año, el gobierno federal dio inicio a un programa piloto denominado Salud para Todos el cual derivaría en el que hoy se conoce como Seguro Popular y el cual tiene como objetivo alcanzar en el año 2010 la cobertura universal de la población sin acceso a servicios médicos de la seguridad social.

La población que hace uso de los servicios públicos dependientes de los gobiernos estatales y federales, así como de programas específicos como IMSS-Oportunidades se denomina población abierta. Este grupo está principalmente conformado por población no derechohabiente a servicios de salud, sin embargo, puede incluir usuarios potenciales de servicios privados así como población derechohabiente a servicios de salud.

La información sobre morbilidad hospitalaria producida por la Secretaría de Salud comprende los servicios que otorgan sus unidades médicas y abarca a la población usuaria de los mismos. En este sentido, se reconoce que su análisis presenta una imagen incompleta de las condiciones de salud de la población del país en tanto no incluye a los trabajadores derechohabientes y sus dependientes, ni distingue a la población que demanda servicios privados, ya sea de manera exclusiva o adicionalmente a la atención otorgada por los servicios públicos.

Sin embargo, al identificar aquellos problemas de salud que están afectando a los grupos más vulnerables de la sociedad, la exploración de esta fuente de datos permite que se le utilice como un insumo para la identificación de prioridades, la planeación de intervenciones y programas, así como para la evaluación de resultados.

Dado el objetivo que da origen a la obra de la cual forma parte este capítulo, el análisis se aboca a analizar los diferenciales mostrados en la morbilidad hospitalaria, estudiada ésta mediante la información sobre egresos hospitalarios, es decir, la correspondiente a la población en la cual el problema de salud que requirió atención en un hospital fue estabilizado o resuelto, diferenciado por causas específicas, grupo de edad y sexo para el año 2005.

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS CONDICIONES DE SALUD

La población usuaria de los servicios de atención médica otorgados por la Secretaría de Salud ascendía en 2005 a 33 322 506 habitantes (SSA, 2005: cuadro I.3, 1ª parte), cifra que corresponde a 31.30% de la población total


EL COLEGIO DE MÉXICO

estimada para ese mismo año (Conapo, 2002). La importancia de los servicios de atención médica provistos por la Secretaría de Salud queda de manifiesto al consignar que en 2005 se otorgaron un total de 105 386 507 consultas externas, incluyendo 7 112 112 correspondientes a servicios de urgencia (SSA, 2005: cuadro 4.4), además de 11 700 430 consultas externas de especialidad (SSA, 2005: cuadro 4.3).

Con relación a las consultas externas, la población pediátrica menor de 15 años continúa siendo la de mayor importancia numérica, al haber demandado 38.7% del total de estos servicios (SSA, 2005: cuadro 4.5). Con respecto a las consultas externas por especialidad, si bien las correspondientes a ginecobstetricia y pediatría son las de mayor demanda (17 y 15.8% del total, respectivamente), la participación de los servicios de salud mental es considerable (7.4%) (SSA, 2005: cuadro 4.3). Cabe resaltar el papel que han desempeñado los institutos nacionales de salud en la atención médica otorgada por la Secretaría de Salud. Del total de consultas externas de especialidad otorgadas en 2005, 11.20% correspondieron a los servicios proporcionados por el conjunto de los institutos nacionales de salud (SSA, 2005: cuadro 4.3).

Al igual que en el caso de la mortalidad, la mayoría de los servicios hospitalarios otorgados en 2005 por la Secretaría de Salud corresponde a patologías no transmisibles; sin embargo, padecimientos que de otra forma no se revelan como de gran prioridad aparecen al examinar la información sobre morbilidad hospitalaria.

La tuberculosis es un padecimiento para el cual se cuenta con una intervención altamente efectiva que previene la presentación de las formas más dañinas. La vacuna contra la tuberculosis forma parte del cuadro básico de vacunación en el país desde hace varias décadas, pese a lo cual todavía hoy se presentan casos tanto de personas que la padecen como de quienes fallecen como consecuencia de la misma. En 2005, la Secretaría de Salud reportó 3 628 egresos hospitalarios debidos a tuberculosis (SSA, 2005: cuadro II.2, 1ª parte). Aunque se registraron casos de tuberculosis tratados en unidades hospitalarias en todas las edades, más de 45% ocurrió en personas de entre 15 y 44 años de edad, la mayoría de ellos hombres. La proporción de casos hospitalarios de tuberculosis de acuerdo con el sexo muestra que a partir de los 15 años de edad se registraron aproximadamente cuatro casos femeninos por cada seis masculinos.

Varios son los aspectos a destacar con respecto a este padecimiento y su presencia como problema de salud pública en nuestro país. La ocurren-



cia de casos hospitalarios de tuberculosis en población de todas las edades pone de manifiesto la necesidad de acentuar las acciones de detección y seguimiento epidemiológico de casos tanto de reciente identificación como de bajo tratamiento, además de mantener los esfuerzos de ampliación de la cobertura de vacunación. El conocimiento médico sobre los mecanismos de transmisión, prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis ha permitido reducir hasta casi eliminar la mortalidad por esta patología en los países desarrollados. Un aspecto adicional que hace de la tuberculosis un problema de salud que requiere de atención urgente es la aparición en años recientes de cepas resistentes a los antibióticos empleados para combatirla (Gandhi *et al*., 2006), sin que ésta haya ido aparejada al desarrollo de nuevos fármacos. Si bien la resistencia a fármacos no es un fenómeno privativo de la tuberculosis, su vinculación con situaciones de pobreza, la sinergia con VIH/sida y la necesidad de tratamientos de largo plazo para controlarla han hecho de este padecimiento uno de los problemas de salud pública prioritarios en el mundo.

Desde su identificación en México en la década de los años ochenta se preveía que el VIH/sida se convertiría en una de las enfermedades de salud pública de mayor impacto. A más de 20 años de distancia, el efecto de esta patología sobre las condiciones de salud de la población puede ser reconocido al encontrarse entre las 20 principales causas de muerte en el país. La base de datos sobre morbilidad hospitalaria de la Secretaría de Salud registró en 2005 un total de 4 125 egresos hospitalarios debidos al VIH/sida (SSA, 2005: cuadro II.2, 1ª parte). Aunque la información sobre egresos hospitalarios indica que en 2005 se registraron casos en todas las edades, más de 80% se concentró en población de entre 15 y 44 años de edad. Los datos sobre egresos hospitalarios señalan que, en 2005, en la población de 15 años de edad o más la relación entre sexos fue de un caso femenino por aproximadamente cinco casos masculinos.

El hecho de que de entre el conjunto de enfermedades de transmisión sexual el VIH/sida sea la condición que provoca el mayor número de defunciones tiende a afectar la percepción sobre la importancia del resto de las patologías que comparten este mecanismo de transmisión. Sin embargo y tal como lo pone de manifiesto la información sobre morbilidad hospitalaria, su presencia y efecto sobre las condiciones de salud es muy importante. En 2005 se reportaron 4 709 casos de egresos hospitalarios debidos a otras enfermedades de transmisión sexual. Las patologías incluidas en este tema comprenden chancro blando, granuloma inguinal, tricomoniasis, herpes



simple y enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos. La inclusión de las enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos justifica, al menos parcialmente, que más de 95% de los egresos hospitalarios asociados a otras enfermedades de transmisión sexual haya sido de mujeres. No obstante, la presentación de un mayor número de casos de enfermedades de transmisión sexual cuya atención requiere de hospitalización en población femenina también puede deberse a las modalidades de desarrollo de las enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales durante las primeras etapas evolucionan de forma asintomática en mujeres, lo que disminuye la posibilidad de un diagnóstico temprano (Boyer *et al.*, 2006).

Un elemento adicional que conviene considerar al momento de evaluar el alcance de las enfermedades de transmisión sexual es la observación de que padecer alguna de ellas incrementa el riesgo de adquirir otra. Lo anterior se debe no sólo a los comportamientos que aumentan la probabilidad de contagio (múltiples parejas sexuales o ausencia o inconsistencia en la práctica de sexo seguro, por ejemplo), sino también a la modificación de las características de la mucosa genital. Si bien las consecuencias del contagio por VIH son las que mayor difusión han recibido en los medios de comunicación masiva, algunas de las otras enfermedades de transmisión sexual tienen también efectos devastadores sobre la salud de la población. La gonorrea es una de las enfermedades de transmisión sexual que, junto con la clamidia, pueden derivar con mayor frecuencia en esterilidad secundaria, al ocasionar el bloqueo, primero por inflamación y después por cicatrización, de las trompas de Falopio, teniendo entonces un efecto equivalente al de la esterilización tubaria (Machado *et al.*, 2007; Mårdh, 2004; Pellati *et al.*, 2008). La identificación de casos de gonorrea resistente a los fármacos empleados para su terapia (Donegan *et al.*, 2006; Sosa *et al.*, 2003) ha profundizado las consecuencias de ésta en la salud de la población y la urgencia de incluirla entre las prioridades de salud a nivel mundial. De igual forma, el reconocimiento en años recientes del papel que desempeña la infección por virus del papiloma humano en el desarrollo de cáncer cervicouterino (Dalstein *et al.*, 2003) destaca la necesidad de ampliar la información con relación a la totalidad de las enfermedades que conforman el grupo de infecciones transmitidas por vía sexual, así como las acciones orientadas a promover el ejercicio de la sexualidad sin riesgos. Los cambios observados en la dinámica de la transmisión de VIH en el país, misma que ha devenido en lo que se denomina



una "feminización" de la epidemia, es decir, el aumento de casos en población femenina, particularmente en aquélla con prácticas heterosexuales, indica el contacto indirecto entre grupos poblacionales con diversas preferencias y prácticas sexuales. A la desinformación de la población sobre la importancia de la práctica del sexo seguro, las posibles limitaciones en los contenidos sobre educación sexual provistos por medio del sistema de educación formal, lo acotado de los elementos sobre educación para la salud difundidos en los medios de comunicación masiva, es necesario añadir la intensificación y diversificación del uso de drogas y fármacos legales en la población y el riesgo que éstos conllevan para el contagio de infecciones de transmisión sexual (Minkoff *et al*., 2008; Plitt *et al*., 2005) como elementos que subyacen al complejo panorama que presentan estas patologías en el país.

El efecto de las enfermedades de transmisión sexual sobre la salud de la población neonatal es un aspecto poco reconocido del impacto de este tipo de patologías. Si bien la atención prenatal se presenta como un espacio de oportunidad para diagnosticar la presencia de estas afecciones durante el embarazo, no todas las mujeres embarazadas demandan o reciben de manera oportuna o con la intensidad indicada dicha atención. De igual forma, algunas de las enfermedades de transmisión sexual no son susceptibles de ser atendidas mientras transcurre la gestación, lo que puede resultar en casos neonatales de la enfermedad (Mullick *et al*., 2005). Si bien una forma de reducir el contagio neonatal de algunas de estas patologías es llevar a cabo una cesárea, el parto domiciliario es todavía una práctica presente en el país.

A diferencia de lo observado en la mortalidad general, donde las enfermedades infecciosas intestinales han reducido su participación hasta representar en la actualidad menos de 1% del total de las defunciones registradas, en términos de la morbilidad hospitalaria su ocurrencia asciende a 16% del total de los egresos hospitalarios debidos a causas transmisibles y perinatales. En 2005 se registraron 34 325 casos de egresos hospitalarios debidos a enfermedades infecciosas intestinales (SSA, 2005: cuadro II.2, 1ª parte). El uso de la terapia de rehidratación oral para la atención de las infecciones intestinales (Kielmann *et al*., 1985), así como las acciones orientadas a expandir el conocimiento acerca de su preparación (Mota y Pérez-Ricárdez, 1989) han desempeñado un papel muy importante en la reducción de la mortalidad debida a estas patologías. Sin embargo, la información sobre morbilidad hospitalaria acentúa la necesidad de incorporar aquellas



dirigidas a educar a la población acerca de las causas y los procedimientos necesarios para disminuir el riesgo de contagio. Los datos por grupo de edad muestran que alrededor de una cuarta parte de las hospitalizaciones debidas a enfermedades infecciosas intestinales ocurren en niños de entre 29 días y 11 meses de edad, una tercera parte en niños de uno a cuatro años y uno de cada cinco casos correspondieron a personas de entre 15 y 64 años de edad.

Cabe señalar que toda evaluación de las enfermedades infecciosas intestinales requiere considerar el efecto de la disponibilidad de agua potable sobre el desarrollo de estas patologías. Es un hecho que a las carencias o limitaciones en el abasto de agua se suma la calidad de la misma para consumo humano. La potabilización del agua puede realizarse con diversas técnicas (Fjendbo Jørgensen *et al*., 1998; Rijal y Fujioka, 2001), algunas de las cuales pueden ser llevadas a cabo incluso en el punto de acceso a la misma (Souter *et al*., 2003). Las estadísticas muestran los rezagos que en materia de cobertura de agua se encuentran aún presentes en el país. Asimismo, las que señalan el mal uso que se hace de la misma, las dificultades para implementar la infraestructura que permita el aprovechamiento de agua de lluvia o la limpieza de los mantos freáticos contaminados por las explotaciones agrícolas, pecuarias o industriales (Ritter *et al*., 2002).

Tal como se mencionó antes, el paludismo pasó de ser una de las principales causas de mortalidad a principios del siglo XX en el país a ser una patología bajo control. En 2005 se reportaron 79 casos hospitalarios de paludismo (SSA, 2005: cuadro II.2, 1ª parte) y ninguna defunción por esta causa, hecho que refleja no sólo la reducción del impacto de este padecimiento en el país, sino también el avance logrado comparado incluso con otras naciones de la región. La información para el año 2000 muestra que en Brasil, por ejemplo, se registraron 243 defunciones debidas a paludismo (OMS, s/f).

En contraste, el dengue ha pasado a ser un problema de salud pública de gran relevancia. En 2005 se registraron 5 208 egresos hospitalarios asociados a dengue (SSA, 2005: cuadro II.2, 1ª parte), uno de cada cuatro de ellos en la población menor de 15 años. La atención del dengue constituye un reto para el sistema de salud, toda vez que entre las complicaciones asociadas al mismo se encuentra el desarrollo de cuadros hemorrágicos que provocan la muerte. En la actualidad, la investigación orientada a establecer los signos clínicos que permitan reconocer el potencial de complicación de los casos no ha permitido distinguir un patrón específico para ello (Gould y Solomon, 2008). El acceso oportuno a los servicios de salud, la



capacitación del personal para elaborar el diagnóstico y prescribir la terapéutica adecuada y la continuidad y ampliación de las acciones de vigilancia epidemiológica son aspectos fundamentales de los programas orientados a reducir la morbimortalidad por dengue.

Tres grupos de patologías pueden ser identificados como los padecimientos transmisibles de mayor importancia en la afectación del aparato respiratorio. Por una parte, el conjunto conformado por las bronquitis, bronquiolitis y otras infecciones respiratorias agudas bajas; por la otra, el correspondiente a la neumonía e influenza y, finalmente, el integrado por las infecciones respiratorias agudas altas. El número de egresos hospitalarios reportados en 2005 debido a este grupo de padecimientos ascendió a 53 603, lo que representa 25% del total de los casos debidos a problemas transmisibles o perinatales registrados por la Secretaría de Salud (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte). El análisis de la información asociada a la ocurrencia de este conjunto de enfermedades permite distinguir tres elementos de gran importancia desde el punto de vista de su repercusión sobre las condiciones de salud de la población. Por una parte, con relación al patrón de comportamiento por edad, se observa que estas patologías afectan de manera primordial a la población infantil, particularmente al grupo en edad posneonatal (29 días a 11 meses de edad). Más de la mitad de las bronquitis, bronquiolitis y otras infecciones respiratorias agudas bajas, así como más de la tercera parte de la neumonía e influenza y alrededor de 20% de las infecciones respiratorias agudas altas se presentaron en la población de este grupo de edad. El efecto de la neumonía e influenza y las infecciones respiratorias agudas altas se extiende a la población de entre uno y cuatro años de edad, grupo en el cual se observaron 28.8 y 44.1% del total de egresos hospitalarios, respectivamente. En segundo lugar, reconocer que uno de cada seis casos de neumonía e influenza se presenta en la población de 65 años o más, lo que hace a estas patologías dos de los cuadros transmisibles más importantes en la afectación de la salud de la población anciana. Finalmente, subrayar que pese a la importancia que reviste la inclusión de la vacuna contra influenza en la reducción de casos (Jefferson *et al*., 2007) aún es necesario identificar acciones que propicien lograr reducciones de la ocurrencia de estas patologías de manera similar a las obtenidas para las enfermedades infecciosas intestinales.

La atención obstétrica continúa siendo una de las principales demandas de servicios de salud. En 2005 la Secretaría de Salud reportó el egreso hospitalario de un total de 902 301 mujeres atendidas por condiciones



asociadas al parto (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte), lo que representó 45.5% del total de egresos hospitalarios atendidos en dicho año. La revisión de la información por grupo de edad manifiesta la necesidad de mantener y ampliar las acciones orientadas a reducir el embarazo en mujeres extremadamente jóvenes. En 2005 se reportaron 3 551 partos ocurridos en menores de 15 años de edad, así como la hospitalización de 3 045 mujeres de este mismo grupo de edad, por otras causas maternas. La demanda de atención médica debida al aborto continúa siendo muy importante en el país. Los datos analizados muestran que en 2005 egresaron de unidades hospitalarias un total de 97 667 casos de aborto. La información antes señalada subraya uno de los principales problemas que enfrenta el ejercicio de la reproducción y su atención en el país: la insuficiencia en el acceso a la información sobre planificación familiar y la provisión de metodología anticonceptiva. Pese a que las acciones de planificación familiar constituyen el único programa gubernamental sostenido de manera continua a lo largo de más de tres décadas, los esfuerzos destinados a la divulgación de información sobre anticoncepción, la educación de la población en torno al empleo de dichos métodos y el acceso a estos servicios deben ser reforzados. Al hecho de que en algunos casos el inicio de la adopción de la anticoncepción tenga lugar después del primer parto, se suma el desconocimiento o falta de uso en la población adolescente (Sheeder *et al.*, 2008a y 2008b), las fallas en el empleo de algunos métodos y la ausencia de reconocimiento del preservativo como el único método con función dual: anticonceptivo y reducción del contagio de infecciones de transmisión sexual.

Los casos de bajo peso al nacimiento y prematurez y de asfixia y trauma al nacimiento apuntan hacia otros aspectos de la atención a la reproducción igualmente importantes. En 2005 se registraron un total de 16 243 egresos hospitalarios de bajo peso al nacimiento y prematurez y 33 865 de asfixia y trauma al nacimiento (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte). Los factores que subyacen al bajo peso al nacimiento y la prematurez son de naturaleza muy variada. Sin embargo, es posible reconocer que en un porcentaje importante de éstos, la atención prenatal oportuna y adecuada, aunada a condiciones de vida y de salud apropiadas, podrían ayudar a reducir su ocurrencia. De igual forma, la asfixia y trauma al nacimiento reflejan en cierta medida las consecuencias de no contar con una cobertura universal para la atención profesional del parto. El registro de 12 995 egresos hospitalarios debidos a infecciones específicas del periodo perinatal (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte) apunta tanto hacia los posibles problemas en la cali-



dad de la atención del embarazo y del parto, como a los surgidos durante el periodo neonatal, propiamente. En todo caso, la resolución de estos problemas representa uno de los principales retos que enfrenta la atención a la salud reproductiva y neonatal en México, máxime cuando las formas más severas de las condiciones antes señaladas forman parte de una de las principales causas de mortalidad general (ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal).

Es innegable que el diagnóstico de desnutrición calórico-proteínica constituye uno de los cuadros de afectación al estado de salud que reflejan de manera más fehaciente las limitaciones en el acceso a satisfactores y su impacto sobre las condiciones de vida. La información sobre morbilidad hospitalaria reportó en 2005 un total de 2 175 egresos hospitalarios debidos a esta condición (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte). Cabe señalar que los datos por grupo de edad ubican a la población en etapa posneonatal (29 días a 11 meses de edad) como uno de los de mayor vulnerabilidad para presentar desnutrición calórico-proteínica. Alrededor de uno de cada tres egresos hospitalarios debidos a ésta se presentó en dicho grupo de edad y uno de cada cuatro en la población infantil de uno a cuatro años. Si bien la información estadística disponible no permite identificar la presencia concomitante de algún factor de riesgo, su registro durante la etapa posneonatal, es decir, una vez que la alimentación al seno materno o mediante lactancia artificial ha sido establecida, probablemente revela dificultades en el manejo de los esquemas de alimentación por parte de padres sin experiencia o con orientación insuficiente al respecto, la permanencia de condiciones de desnutrición desde la etapa intrauterina o haber nacido bajo de peso, la propia situación nutricional de la madre y, desde luego, las limitaciones en la disponibilidad de alimento suficiente en calidad o cantidad. Cabe señalar que si bien la desnutrición calórico-proteínica afecta en mayor proporción a la población infantil, ésta también se identifica como una condición que demanda atención hospitalaria en la población de 65 años o más. Dada la naturaleza preventiva de esta condición y su reflejo de condiciones sociales adversas, la necesidad de controlarla debe ser reconocida como una de las prioridades de atención de las políticas públicas en el país.

La mortalidad por cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud de la población femenina en México. En 2005 la Secretaría de Salud atendió 4 509 egresos hospitalarios debidos a este padecimiento (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte) y 1 218 egresos hospitalarios secundarios por tumor maligno del cuerpo del útero. El reciente reconocimiento del



virus del papiloma humano (VPH) como agente causal de las lesiones que anteceden al desarrollo del cáncer es un elemento que subraya la urgencia de ampliar las acciones de educación sexual en edades tempranas. La potencial incorporación de la vacuna contra VPH en el esquema de vacunación promovido y aplicado por la propia Secretaría de Salud será un paso muy importante en la reducción de la ocurrencia de esta enfermedad en el mediano y largo plazos. No obstante, en la actualidad la limitada presencia de campañas educativas relativas a esta condición, distintas al examen de Papanicolaou, se traduce en un contexto donde difícilmente se estaría afectando la dinámica de contagio. Campañas educativas integrales sobre cáncer cervicouterino tendrían el efecto adicional de generar una cultura del autocuidado en aspectos relativos a la función reproductora y los órganos vinculados con ésta. Así, cabría esperar que una estrategia educativa adecuada contribuyera a generar conciencia, además, sobre la ocurrencia de cáncer de ovario en edades tempranas. En 2005 se atendieron 2 001 egresos hospitalarios (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte) debidos a esta patología, 5.2% de los cuales se presentó en mujeres menores de 15 años de edad. Adicionalmente, dicha información permitiría a la población reconocer que este tipo de cánceres pueden desarrollarse, también, en etapas posteriores a la edad fértil, con lo cual las medidas preventivas del tipo de uso de preservativo para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual y revisión periódica mediante el examen de Papanicolaou deben continuar llevándose a cabo una vez concluida la etapa reproductiva. La inclusión en una estrategia educativa de información sobre la autoexploración mamaria coadyuvaría a la reducción de la mortalidad debida a otro de los problemas de salud pública más importantes en la población femenina: el cáncer de mama. En 2005, el número de egresos hospitalarios debidos a tumor maligno de la mama ascendió a 4 321 (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte). Ante la ausencia de un perfil contundente de factores de riesgo —aspectos genéticos (Claus, Stowe y Carter, 2003), hormonales (Terry *et al*., 2002), consumo de alcohol (Longnecker *et al*., 1995) y reproductivos (Talamini *et al*., 1996)—, la revisión personal de manera sistemática, aunada a exámenes médicos periódicos que incluyan aquellas acciones pertinentes en función de los propios antecedentes y la historia personal y reproductiva de las mujeres, conforma la mejor estrategia para una detección temprana de esta patología y, con ello, la potencial reducción de la mortalidad asociada a la misma.

La leucemia es un tipo de cáncer con una alta frecuencia de ocurrencia en el país. La información sobre mortalidad indica que se encuentra entre



las principales causas de defunción en las poblaciones de entre uno y 15 años. En el caso de la morbilidad hospitalaria, en 2005 egresaron 9 154 casos debidos a esta patología (SSA, 2005: cuadro II.2, 3ª parte). El hecho de que sea reconocida como un problema de salud que afecta particularmente a la población infantil parte del hecho de que la mayor parte de los casos se presenta en niños. La morbilidad hospitalaria muestra que 21.6% de los egresos correspondió a niños de entre uno y cuatro años y 41.8% al grupo de cinco a 14 años. Sin embargo, ésta es una patología que también se presenta en población adulta. En 2005 uno de cada cuatro casos egresados de unidades hospitalarias correspondió a personas de 15 a 44 años de edad. Aunque la literatura científica ha discutido ampliamente el papel que desempeñan los factores genéticos en el desarrollo de leucemia (Sellick *et al*., 2007) o ambientales (Heck y Casanova, 2004; Mahajan *et al*., 2006; Pyatt, Natelson y Golden, 2008), no existe un consenso al respecto. Sobre lo que sí lo hay es sobre la efectividad de las terapias descubiertas (Pui, Robinson y Look, 2008). La divulgación de información sobre la identificación temprana de síntomas y las posibilidades terapéuticas contribuiría a mejorar no solamente el pronóstico de sobrevivencia de las personas que desarrollen esta enfermedad, sino también su calidad de vida al sensibilizar a la sociedad acerca de la misma.

En la actualidad la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en el país. Una de cada 10 defunciones en México es debida a esta patología. La información sobre morbilidad hospitalaria señala que en 2005 se atendieron 42 907 egresos hospitalarios secundarios a este padecimiento (SSA, 2005: cuadro II.2, 3ª parte). Varios son los aspectos que hacen a la diabetes mellitus un problema de salud pública extremadamente urgente de atender. Adicional a la frecuencia con la que ocurre, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que, si no se atiende en forma apropiada, deviene en complicaciones altamente discapacitantes. El daño asociado a la incapacidad de mantener los niveles de glicemia adecuados provoca daño paulatino en todos los aparatos y sistemas del organismo. Las complicaciones más frecuentes son pérdida visual hasta llegar a ceguera total, daño renal y amputaciones de los miembros inferiores (Chan *et al*., 2006; Moss, Klein y Klein, 1998; Wetterhall *et al*., 1992). Factores tales como la obesidad, el estrés y tendencias genéticas han sido propuestos como responsables del incremento en la frecuencia con la cual se observa esta enfermedad (Brunner *et al*., 2008; Cauchi *et al*., 2008). Dos aspectos adicionales a la magnitud de su registro y la afectación a la calidad de vida del individuo hacen de



esta enfermedad un problema de salud de gran trascendencia. Por una parte, el patrón de ocurrencia por edad. En el pasado la diabetes mellitus tendía a percibirse como un padecimiento que se presentaba en población en etapas adultas avanzadas. La información sobre morbilidad hospitalaria muestra que uno de cada cinco egresos tuvo lugar en personas de 15 a 44 años de edad y que 46.9% se registró en población de 45 a 64 años. El cuidado de la diabetes mellitus no sólo conlleva la necesidad de adoptar una terapia medicamentosa adecuada, sino también la modificación de comportamientos tanto en el nivel personal como en el familiar. Lo anterior torna la atención de la diabetes mellitus en un desafío tanto para el sistema de salud como para la sociedad, obligando al desarrollo de estrategias innovadoras de educación y apoyo para las personas que padecen esta patología y sus familias, así como de información acerca de aspectos preventivos que permitan reducir su ocurrencia en el mediano plazo.

La epilepsia es una condición de afectación del estado de salud cuya dimensión no queda adecuadamente expresada en las estadísticas sobre mortalidad. En 2005, la Secretaría de Salud reportó el egreso hospitalario de 5 152 casos de epilepsia (SSA, 2005: cuadro II.2, 3ª parte). Si bien más de 40% de los cuales ocurrió en niños de entre 29 días de nacido y 15 años de edad, también afecta a personas en edades adultas. La información disponible sobre morbilidad hospitalaria no permite distinguir ni la edad al diagnóstico original de epilepsia ni la causa de la misma (espontáneo, postinfeccioso o traumático), lo que dificulta la planeación de acciones específicas para su atención. Sin embargo, la naturaleza misma de la epilepsia hace que sea un padecimiento altamente discapacitante en ausencia de un tratamiento apropiado, el seguimiento estricto de éste y la valoración médica periódica. En este sentido, resulta indispensable establecer estrategias de información y educación para la sociedad sobre las formas de identificación de la epilepsia y su sensibilización acerca del trato a las personas que la padecen. Si bien algunas de las manifestaciones de la epilepsia son ampliamente conocidas y reconocidas por la población general, ésta puede presentarse en formas atípicas que potencialmente retrasan su diagnóstico y, por ende, la instauración del tratamiento adecuado.

Sólo una fracción del efecto directo sobre el estado de salud debido al uso de alcohol o drogas se ve reflejado en las estadísticas sobre mortalidad y, sin embargo, la intensidad en el consumo de alcohol y el uso de drogas queda de manifiesto en el diagnóstico de estas condiciones como razones de ingreso a una unidad hospitalaria, subrayando la magnitud del proble-



ma de salud pública que representa la adopción de estos hábitos y su efecto potencial sobre la salud y calidad de vida de las personas que los adquieren, así como sobre su entorno familiar y comunitario. La información sobre morbilidad hospitalaria señala que en 2005 egresaron 4 863 casos atendidos por uso de alcohol y 4 316 por uso de drogas (SSA, 2005: cuadro II.2, 3ª parte), lo que los convierte en condiciones que propician una demanda de servicios hospitalarios tan intensiva como algunos tumores malignos (4 364 egresos hospitalarios debidos a tumores malignos de piel, páncreas, hígado y estómago (SSA, 2005: cuadro II.2, 2ª parte). Los datos por edad muestran que se trata de un problema que se presenta predominantemente en la población de entre 15 y 45 años; 60% de las hospitalizaciones debidas a uso de alcohol y 90% de las asociadas al uso de drogas se registraron en este grupo de edad. El análisis de la información por sexo muestra el predominio del abuso tanto de alcohol como de drogas en la población masculina. Alrededor de nueve de cada 10 casos de egresos hospitalarios debidos al uso de alcohol o drogas correspondieron a hombres. La evaluación del impacto del abuso en el consumo de alcohol y el uso de drogas en las condiciones de salud requiere considerar, además, el papel que desempeñan estos hábitos o adicciones en el ejercicio de diversas formas de violencia tanto autoinfligida (Caces y Harford, 1998; Ilgen *et al*., 2007; Ramstedt, 2001) como en contra de otras personas (Ernst *et al*., 2008; Macdonald *et al*., 2008), la ocurrencia de accidentes (Biecheler *et al*., 2008) y el incremento del riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual asociado a prácticas sexuales inseguras (Fals-Stewart *et al*., 2003; Hall, Fals-Stewart y Fincham, 2008).

Las enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón y cerebrovasculares son las tres patologías cardiovasculares de mayor importancia en el país. En 2005 se reportaron 9 300 egresos hospitalarios debidos a enfermedades hipertensivas (SSA, 2005: cuadro II.2, 3ª parte), 10 093 secundarios a enfermedades isquémicas del corazón (EIC) y 13 506 egresos hospitalarios asociados a enfermedad cerebrovascular (SSA, 2005: cuadro II.2, 4ª parte). La información por grupo de edad pone de manifiesto que estas condiciones afectan principalmente a la población adulta. Entre 80 y 90% de los egresos hospitalarios se registraron en población de 45 años o más. Si bien resulta preocupante identificar la ocurrencia de casos de enfermedades isquémicas cardiacas, cerebrovasculares y de hipertensión severa en la población a partir de los 45 años de edad, lo es aún más el hecho de que 9.6% de los egresos hospitalarios por enfermedades isquémicas cardiacas,



12.7% debidos a enfermedad cerebrovascular y 18.7% secundarios a enfermedades hipertensivas tuvieron lugar en personas de entre 15 y 44 años. La atención de enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares frecuentemente conlleva hospitalización. En contraste, las enfermedades hipertensivas son susceptibles de atenderse de forma ambulatoria, lo que hace la hospitalización por estas condiciones en edades tempranas aún más preocupante desde el punto de vista de su repercusión en la salud pública. El diagnóstico de hipertensión constituye no sólo la manifestación de una patología en sí misma, sino también un factor de riesgo para el desarrollo de las otras dos patologías aquí señaladas (Almgren *et al*., 2005; Rao *et al*., 2008). La revisión de la información por sexo muestra patrones claramente diferenciados entre estas tres patologías. Mientras para las enfermedades hipertensivas la mayoría de los egresos hospitalarios correspondió a población femenina (62.2%), las enfermedades isquémicas del corazón predominaron en la población masculina (61.9%) y la enfermedad cerebrovascular se observaron con una frecuencia muy similar en ambos sexos (51.2% en mujeres y 48.8% en hombres). La mayor ocurrencia de enfermedades isquémicas cardiacas en la población masculina ha propiciado el desarrollo de una amplia vertiente de investigación en torno al papel protector que las hormonas femeninas confieren contra estas patologías (Murphy y Steenbergen, 2007), especialmente al observar el incremento en el riesgo de presentarlas en mujeres postmenopáusicas. La ingesta cotidiana de dosis pequeñas de acido acetilsalicílico ha sido propuesta como una medida preventiva ante el desarrollo de esta patología en hombres menores de 40 años (NEJM, 1989) y posteriormente como una intervención efectiva para reducir la ocurrencia de patologías vasculares tanto en hombres como en mujeres (Berger *et al*., 2006). Si bien la prescripción de dosis menores de aspirina constituye una medida preventiva contra el desarrollo en cierta medida de las condiciones cardiovasculares señaladas, no sustituye las intervenciones dirigidas a reducir los factores de riesgo reconocidos como asociados al desarrollo de éstas (sobrepeso, tabaquismo y sedentarismo) (Kromhout, 2001; Wang *et al*., 2008). La ausencia de acciones específicas de información y educación para la salud en torno a estos problemas es muy preocupante, no sólo por los patrones de ocurrencia a edades tempranas, sino también dada la afectación a la calidad de vida que la diversidad y severidad de discapacidades (Kim *et al*., 1999) derivadas conllevan.

El asma constituye una patología de gran frecuencia en el país cuyo efecto sobre la salud de la población no es suficientemente reconocido de-



bido a que su presencia es más notoria en términos de morbilidad que de mortalidad. En 2005 se reportaron 10 003 egresos hospitalarios secundarios debidos a este padecimiento (SSA, 2005: cuadro II.2, 4ª parte). Más de 60% del total de egresos hospitalarios asociados con el asma se observó en población menor de 15 años: uno de cada tres egresos hospitalarios en niños de entre uno y cuatro años de edad y uno de cada cuatro entre cinco y 14 años. En términos de la distribución de los casos de asma infantil por sexo, alrededor de 40% correspondió a población femenina. El asma es una condición que afecta de manera importante la calidad de vida de quien la padece y su atención frecuentemente requiere del uso de medicamentos de forma permanente y la utilización intensiva de servicios médicos, tanto ambulatorios como hospitalarios (Moorman *et al*., 2007). La identificación de los mecanismos involucrados en la respuesta inmunológica que se manifiesta como asma ha permitido el desarrollo de diversos esquemas terapéuticos; sin embargo, se trata de medidas que permiten evitar las consecuencias más extremas del desarrollo de un cuadro asmático y en mucho menor medida la eliminación del efecto de aquello que lo desencadenaba. Las vacunas contra alergenos específicos se presentan como una posibilidad de disminuir el impacto poblacional del asma (Crameri, 2007); no obstante, su efecto se ve disminuido por el hecho de que frecuentemente se requiere del mantenimiento de los esquemas de vacunación durante periodos prolongados, la necesaria adhesión al tratamiento y el costo que ello implica. Se espera que la incidencia del asma aumente como consecuencia de la ampliación y diversificación de los productos sintéticos (Arshad *et al*., 2001), tanto ambientales como de contacto, a los que está expuesta la población, lo que hace del asma uno de los problemas de salud pública prioritarios.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado conforman uno de los grupos de enfermedades más discapacitantes para las cuales actualmente sólo existen alternativas de tratamiento (Balsano y Alisi, 2008; NIH, 2002), pero no de curación. En 2005 se registraron 8 834 egresos hospitalarios debidos a estas patologías (SSA, 2005: cuadro II.2, 4ª parte). Varios son los factores que pueden propiciar la afectación de la función hepática; de entre éstos el abuso en el consumo de alcohol y las infecciones conocidas como hepatitis son los más frecuentes. La información acorde a grupos de edad muestra que en 2005 48% de los casos correspondió a población de entre 45 y 64 años y 30% al grupo de entre 15 y 44 años. Con respecto a la distribución por sexo, en ambos grupos de edad se aprecia el predominio de los egresos masculinos con 66 y 74%, respectivamente. Los datos



presentados sugieren tanto un consumo excesivo de alcohol desde edades tempranas en nuestro país, como la posible dinámica de contagio de la hepatitis B, una infección de transmisión sexual entre cuyas complicaciones se encuentra el desarrollo de cirrosis y de cáncer de hígado (Raoul, 2008).

Las malformaciones congénitas conforman un apartado muy importante en términos de demanda de atención médica. En 2005 se reportaron un total de 28 106 egresos hospitalarios debidos a estas causas (SSA, 2005: cuadro II.2, 4ª y 5ª partes). Tal como es de esperarse, dada la naturaleza de estos problemas de salud, la mayor parte de los casos corresponde a población infantil: 35% de los egresos hospitalarios debidos a malformaciones congénitas se registró en población menor de un año de edad y, del total, 82% a población menor de 15 años de edad. Factores de riesgo de tipo ambiental (Suárez, Cardarelli y Hendricks, 2003; Till *et al*., 2001), genético (Nemer, 2008), teratológico (Bérard *et al*., 2007) y nutricional (Candito *et al*., 2008; Vujkovic *et al*., 2007) han sido asociados al desarrollo de malformaciones congénitas. Sin embargo, cabe destacar tres aspectos muy importantes desde el punto de vista de la salud pública. Por una parte, la necesidad de estructurar esfuerzos tendientes a reducir la ocurrencia de aquellas malformaciones congénitas factibles de eliminarse, es decir, esencialmente las asociadas a carencias nutricionales y ciertos factores ambientales; por otra, el diseño de acciones que promuevan el otorgamiento de consejería genética en los casos que así lo requieran y, finalmente, garantizar el acceso oportuno a los servicios médicos y el otorgamiento del tratamiento disponible para su atención.

Los accidentes son, en principio y por su propia condición, los elementos de afectación al estado de salud más fáciles de prevenir. Los traumatismos intracraneales, las quemaduras y corrosiones y los envenenamientos por drogas y sustancias biológicas fueron registrados como tres de las causas más frecuentes de egresos hospitalarios en 2005. Por traumatismos intracraneales egresaron un total de 15 037 casos; debidos a quemaduras y corrosiones, 6 702, y por envenenamiento, 9 159 (SSA, 2005: cuadro II.2, 5ª y 6ª partes). Si bien la información correspondiente a traumatismo intracraneal indica que 40% de los egresos se reportó en población de entre 15 a 44 años, también señala la importancia de estas lesiones entre la población infantil. Más de 37% de los traumatismos craneales se presentó en niños menores de 15 años. El registro de traumatismos craneales en infantes de menos de un año refleja la negligencia de los padres o cuidadores o bien el ejercicio de violencia en su contra. La importancia de aspectos cul-



turales (Kosterman *et al.*, 2001) en la ocurrencia de traumatismos craneales queda de manifiesto al observar que entre los egresos hospitalarios reportados para la población de 15 a 44 años, cuatro de cada cinco casos tuvieron lugar en hombres. El patrón observado para las quemaduras y corrosiones por grupo de edad subraya la importancia de los factores preventivos y el papel de los padres o cuidadores en salvaguardar la integridad de la población infantil. Más de 30% de los egresos hospitalarios por quemaduras o corrosiones registrados en 2005 tuvo lugar en niños de uno a cuatro años de edad. En contraste, las observadas en la población de 15 a 44 años (32% del total) reflejen la ausencia de comportamientos preventivos en la población o de medidas de seguridad en escuelas, centros laborales y espacios públicos. De cualquier forma, los egresos por quemaduras o corrosiones atendidos en la población de 15 a 44 años enfatizan el papel que desempeñan los elementos socioculturales, toda vez que uno de cada cuatro casos correspondió al sexo masculino. La información sobre envenenamientos muestra el mismo patrón por edad de los tipos de lesiones antes señalados. La mayoría de los egresos hospitalarios se presentó en la población de entre 15 y 44 años (46.2%), seguida por los ocurridos en la población infantil (14.8% en niños de uno a cuatro años y 19% en los de cinco a 14). Sin embargo, la distribución por sexo presenta una característica distinta. Para la población de 15 a 44 años los datos indican que 50% de los egresos hospitalarios por envenenamientos correspondió a cada sexo. Ello sugiere que el conjunto de factores que subyace a la ocurrencia de estas lesiones es distinto al de los asociados con los traumatismos intracraneales o las quemaduras o corrosiones.

EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD EN EL SIGLO XXI

El panorama descrito por las causas específicas revisadas apunta a una situación que requiere de medidas integrales y sostenidas a fin de modificar el efecto que éstas tienen sobre la salud de la población y su calidad de vida.

Las estrategias de información y educación en aspectos de salud deben conformar un elemento medular de una política de salud orientada a modificar la tendencia y dinámica de los principales problemas de salud. Es necesario reconocer, por una parte, que dichas acciones no pueden estar aisladas de aquellas que tengan como objetivo ampliar la cobertura de la escolaridad formal y elevar de forma real el número de años cursa-



dos. Diversos estudios que se han llevado a cabo desde distintas perspectivas y en diferentes poblaciones y tiempos han puesto de manifiesto la importancia de la escolaridad formal como uno de los aspectos centrales de transformación de las condiciones de vida de la población, incluyendo la manera como percibe y atiende su estado de salud y el de su familia. El llamado para vincular la escolaridad formal con la divulgación de información oportuna sobre aspectos de salud necesariamente requiere establecer como horizontes de resultado el mediano y largo plazos. La cortedad temporal de algunas acciones emprendidas en el pasado ha impedido que éstas alcancen su objetivo de lograr la modificación de comportamientos en torno a algún aspecto de salud en la o las generaciones que las reciben. Lo anterior no significa que no se reconozca que algunas —como las concernientes a rehidratación oral— hayan permanecido incluso a lo largo de varios periodos administrativos; pero otras igualmente importantes, como las relativas al VIH/sida o al cáncer cervicouterino, por ejemplo, han presentado discontinuidades y, en algunos momentos, han parecido estar totalmente ausentes en las estrategias oficiales de educación para la salud.

Varios de los problemas más urgentes que enfrenta la población mexicana en torno a sus condiciones de salud son resultado de la adopción de hábitos, las limitaciones en el acceso a servicios básicos, entre ellos los de atención médica, la desinformación o la experiencia transgeneracional, todo ello en un clima de escasa promoción de elementos preventivos desde el propio sector salud. El incremento en los niveles de obesidad y en los patrones de consumo de sal, conservadores y azúcares refinados o el aumento del tabaquismo en la población son sólo algunos ejemplos de factores de riesgo asociados al desarrollo de diversos problemas de salud (diabetes, hipertensión, cánceres, entre otros) que no han recibido hasta la fecha suficiente atención, desde una perspectiva preventiva, por parte de las autoridades. Esta situación no es privativa de México. La práctica de la medicina en los países de cultura occidental ha estado predominantemente orientada a atender los problemas de salud más que prevenir su desarrollo, lo que a su vez ha guiado las características de la demanda de servicios por parte de la población. Así, por ejemplo, programas dirigidos a identificar posibles problemas de salud antes del desarrollo de manifestaciones clínicas, tales como los de seguimiento del niño sano, registran una demanda muy baja. De igual forma, la atención prenatal no siempre es percibida por la población como una oportunidad para reconocer complicaciones poten-



ciales, lo que provoca retraso en el inicio de la misma o un uso insuficiente en cuanto a intensidad de la misma.

La atención obstétrica es una de las principales demandas de servicios de salud en el país. Lo anterior es comprensible dado el tamaño de la población. Lo que no es entendible es que, pese a ser un servicio que atiende un proceso fisiológico que va acompañado de una serie de acciones enmarcadas dentro de la atención prenatal, la afectación a la salud de las mujeres embarazadas y la población neonatal continúa siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el país. La mortalidad materna registrada en el país es mucho mayor que la observada no sólo en países desarrollados desde hace varias décadas, sino también en otros países latinoamericanos. De entre los indicadores sobre salud incluidos en la iniciativa de los Objetivos del Milenio, la reducción de la mortalidad materna es el único que se vislumbra como difícilmente alcanzable. No obstante, el sector salud aún no ha difundido una estrategia que incluya, además de los aspectos médicos y de servicio requeridos para atender este problema de salud, los elementos de colaboración intersectorial necesarios en los ámbitos sociales, económicos y culturales para transformar las circunstancias adversas que enfrentan algunas mujeres y sus familias frente a la reproducción.

La atención pregestacional, durante el embarazo y el parto requieren ser consideradas como áreas prioritarias de interés social, no solamente por su papel en la disminución de las morbi-mortalidades materna y neonatal, sino también por su efecto sobre la salud adulta futura. La evidencia científica muestra de manera cada vez más contundente el estrecho vínculo entre las condiciones intrauterinas y el riesgo de desarrollar problemas de salud en las etapas adultas. En este sentido, el esfuerzo aplicado a promover la cobertura universal de una atención médica integral de la reproducción, aunado a las acciones dirigidas a introducir comportamientos saludables en la infancia, redundaría en el mejoramiento en el mediano plazo de la salud de la población en etapas adultas. La incorporación de servicios de atención y consejería preconcepcional en el marco de los otorgados bajo los programas de planificación familiar coadyuvaría no sólo a mejorar el estado de salud con el cual inician las mujeres la gestación, sino también fortalecería el ejercicio del derecho a una reproducción planeada y elegida.

Si bien es cierto que algunos comportamientos que incrementan el riesgo de desarrollar o adquirir una patología pueden ser ejercidos por la población de manera aislada, se ha encontrado que éstos tienden a acumularse. Así, por ejemplo, el tabaquismo por lo general va acompañado de un



mayor consumo de irritantes o alcohol, conducir bajo el influjo de alcohol con exceso de velocidad o no emplear el cinturón de seguridad, y tener un mayor número de parejas sexuales suele asociarse con un uso menor o inconsistente de preservativos. Lo anterior acentúa la urgencia de actuar sobre todos y cada uno de éstos en la intención de interrumpir la adopción de alguno y la eventual adición de algún otro.

La experiencia de países desarrollados muestra que la aplicación de la tecnología y el conocimiento médico disponibles, sumado al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, se traduce en una reducción muy importante de la mortalidad debida a infecciones en todas las edades y la pospuesta de aquella secundaria a algunas enfermedades no transmisibles. En el caso de México, la información analizada pone de manifiesto el efecto de la incorporación de los avances médicos, especialmente los correspondientes a vacunas y uso de antibióticos, pero también el resultado de un desarrollo desigual de la sociedad. Alcanzar los niveles de salud que han logrado otras naciones no será posible mientras no haya una transformación de aquellas condiciones sociales que posponen o impiden la satisfacción de las necesidades de salud. La precariedad del ingreso, las deficiencias en la cobertura de servicios básicos, incluidos los relativos a las vías de comunicación y las barreras al acceso a la educación formal y a la utilización de la atención médica, son todos elementos que es indispensable resolver a fin de transitar hacia patrones de morbilidad similares a los observados en países desarrollados.

Varios subgrupos de la población requieren la aplicación prioritaria de medidas con relación a los aspectos antes señalados. Por una parte, las comunidades indígenas en el país: a las condiciones de rezago social y económico se suman algunas de tipo cultural que afectan el acceso y empleo de servicios de salud por parte de la población que reside en éstas. Las condiciones de subordinación en las cuales viven muchas mujeres en estas comunidades les impide no sólo el acceso a la educación formal sino también al empleo de servicios de salud. Dado el papel que tradicionalmente desempeñan las mujeres en el cuidado de la salud familiar, las barreras culturales que les obstaculizan el uso de la atención médica también afectan aquellos servicios que podrían recibir sus hijos. Por otra parte, pese a residir en zonas con cobertura casi universal de servicios básicos, como agua potable y drenaje, las poblaciones pobres en áreas urbanas conforman, también, un grupo prioritario para la atención de otro tipo de necesidades básicas, incluidas las de la salud. A pesar de la diversidad de servicios de



salud provistos por distintas instituciones en estas áreas, barreras de tipo económico o disponibilidad de tiempo contribuyen a afectar negativamente el empleo de éstos, propiciando el desarrollo de cuadros más severos o de complicaciones. Las características de urbanización del país hacen que para localidades pequeñas o alejadas la distancia a los servicios de salud se convierta en la principal barrera para demandar atención médica.

La organización de los servicios de salud es otro aspecto que requiere de adecuaciones para hacer frente al complejo panorama de la morbilidad actual en el país. A la importancia de enfatizar las actividades preventivas se suma la de incorporar elementos de sensibilidad cultural en el entrenamiento del personal de salud. Adicionalmente, sería de gran utilidad reforzar y ampliar los espacios de incorporación de trabajadores comunitarios y parteras como personal de enlace entre los servicios de salud y la población.

La cobertura universal de una atención médica de calidad constituye el primer eslabón en la serie de acciones que es necesario llevar a cabo para mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, ésta debe ser complementada con otras acciones que permitan identificar prioridades, planear servicios y evaluar el desempeño de los servicios de salud. La compilación regular de información estadística, la recolección de aspectos específicos mediante encuestas y la ampliación y modernización de la captura y organización de bases diversas de información sobre salud, como los registros por patologías específicas, son igualmente fundamentales para la consecución de una sociedad con niveles de salud más elevados. La expansión de la investigación científica en todas las áreas médicas y de la salud es un componente crucial también.

Las transformaciones en la dinámica demográfica (tanto la reducción de los niveles de fecundidad como el incremento de la longevidad promedio y la intensificación de la emigración permanente) han tenido como consecuencia el aumento de la proporción de población anciana en el país. Ello en sí mismo representa un desafío para la atención a la salud de la población, dado que el envejecimiento conlleva como parte del propio desgaste biológico un seguimiento más estrecho de las condiciones de salud. Sin embargo, en el caso de nuestro país esta situación se ve exacerbada ante la ausencia, por décadas, de acciones preventivas que promuevan entre la población ciertos hábitos encaminados a lograr lo que se ha dado en llamar el "envejecimiento exitoso", es decir, propiciar que las personas mantengan durante el mayor tiempo posible la mayoría de las funciones básicas posibles. Las transformaciones en el perfil demográfico de la población mexica-



na hacen impostergable emprender acciones que de cualquier manera tendrían que llevarse a cabo en el contexto de un ambiente de reconocimiento del derecho a la salud y la incorporación de los avances médicos y sociales para ello. El denominado envejecimiento demográfico sólo acentúa lo que tendría que haber sido un programa ya puesto en marcha. Acciones tales como el ejercicio regular, una dieta equilibrada, la reducción en el consumo de sal y edulcorantes y el mantenimiento de alguna actividad de aprendizaje son piezas fundamentales para reducir el efecto del envejecimiento y mantener las funciones físicas y cognitivas.

Los cambios sociales y económicos que han devenido en un patrón de morbi-mortalidad con predominio de patologías no transmisibles, la reducción de la fecundidad y el incremento de la proporción de personas en edades avanzadas permiten señalar a la dinámica de las condiciones de salud como un aspecto medular para la definición en el futuro cercano de las tendencias poblacionales en el país. En este sentido, sólo mediante el diseño de políticas sanitarias que incorporen de manera integral los diversos problemas de salud expresados en las estadísticas de mortalidad y morbilidad, al tiempo que reconozcan el papel de los aspectos sociales, económicos y culturales en la transformación de las condiciones de salud, la importancia del establecimiento de acciones intersectoriales, la necesidad de sostenerlas durante horizontes temporales de mayor amplitud que los administrativos gubernamentales y la exigencia de retroalimentarlos por medio de evaluaciones rigurosas de sus resultados, estaremos en capacidad de responder al desafío que representa un panorama de salud como el que describe este documento y hacer realidad el ejercicio del derecho a la atención médica en nuestra población.

REFERENCIAS

Almgren, T., B. Persson, L. Wilhelmsen, A. Rosengren y O.K. Andersson, 2005. Stroke and coronary heart disease in treated hypertension —a prospective cohort study over three decades, *Journal of Internal Medicine* **257** (6): 496-502.

Arshad, S.H., S.M. Tariq, S. Matthews y E. Hakim, 2001. Sensitization to common allergens and its association with allergic disorders at age 4 years: A whole population birth cohort study, *Pediatrics* **108** (2): E33.

Balsano, C., y A. Alisi, 2008. Viral hepatitis B: Established and emerging therapies, *Current Medicinal Chemistry* **15** (9): 930-939.



Bérard, A., E. Ramos, E. Rey, L. Blais, M. St-André y D. Oraichi, 2007. First trimester exposure to paroxetine and risk of cardiac malformations in infants: The importance of dosage, *Birth Defects Research, Part B: Developmental and Reproductive Toxicology* **80** (1): 18-27.

Berger, J.S., M.C. Roncaglioni, F. Avanzini, I. Pangrazzi, G. Tognoni y D.L. Brown, 2006. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: A sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials, *Journal of the American Medical Association* **295** (3): 306-313.

Biecheler, M.B., J.F. Peytavin, Sam Group, F. Facy y H. Martineau, 2008. SAM survey on 'drugs and fatal accidents': Search of substances consumed and comparison between drivers involved under the influence of alcohol or cannabis, *Traffic Injury Prevention* **9** (1): 11-21.

Boyer, C.B., M.A. Shafer, L.M. Pollack, J. Canchola, J. Moncada y J. Schachter, 2006. Sociodemographic markers and behavioral correlates of sexually transmitted infections in a nonclinical sample of adolescent and young adult women, *The Journal of Infectious Diseases* **194** (3): 307-315.

Brunner, E.J., A. Mosdøl, D.R. Witte, P. Martikainen, M. Stafford, M.J. Shipley y M.G. Marmot, 2008. Dietary patterns and 15-y risks of major coronary events, diabetes, and mortality, *American Journal of Clinical Nutrition* **87** (5): 1414-1421.

Caces, F., y T. Harford, 1998. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934-1987, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* **59** (4): 455-461.

Candito, M., R. Rivet, B. Herbeth, C. Boisson, R.C. Rudigoz, D. Luton, H. Journel, J.F. Oury, F. Roux, R. Saura, I. Vernhet, P. Gaucherand, F. Muller, B. Guidicelli, H. Heckenroth, P. Poulain, M. Blayau, C. Francannet, L. Roszyk, C. Brustié, P. Staccini, P. Gérard, N. Fillion-Emery, R.M. Guéant-Rodríguez, E. Van Obberghen y J.L. Guéant, 2008. Nutritional and genetic determinants of vitamin B and homocysteine metabolisms in neural tube defects: A multicenter case-control study, *American Journal of Medical Genetics Part A* **146A** (9): 1128-1133.

Cárdenas R., 2002. Las causas de muerte en México, en José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.). *Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Población, pp. 109-144.

Cauchi, S., K.T. Nead, H. Choquet, F. Horber, N. Potoczna, B. Balkau, M. Marre, G. Charpentier, P. Froguel y D. Meyre, 2008. The genetic susceptibility to type 2 diabetes may be modulated by obesity status: Implications for association studies, *BMC Medical Genetics* **9**: 45.

Chan, L., T. Terashima, M. Fujimiya, y H. Kojima, 2006. Chronic diabetic complications: The body's adaptive response to hyperglycemia gone awry?, *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* **117**: 341-352.



Claus, E.B., M. Stowe y D. Carter, 2003. Family history of breast and ovarian cancer and the risk of breast carcinoma in situ, *Breast Cancer Research and Treatment* **78** (1): 7-15.

Conapo, 2002. *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*, México.

Crameri, R., 2007. Allergy vaccines: Dreams and reality, *Expert Review of Vaccines* **6** (6): 991-999.

Dalstein, V., D. Riethmuller, J.L. Prétet, K. Le Bail Carval, J.L. Sautière, J.P. Carbillet, B. Kantelip, J.P. Schaal y C. Mougin, 2003. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: A longitudinal French cohort study, *International Journal of Cancer* **106** (3): 396-403.

Donegan, E.A,, D.N. Wirawan, P. Muliawan, J. Schachter, J. Moncada, M. Parekh y J.S. Knapp, 2006. Fluoroquinolone-resistant Neisseria gonorrhoeae in Bali, Indonesia: 2004, *Sexually Transmitted Diseases* **33** (10): 625-629.

Ernst, A.A., S.J. Weiss, S. Enright-Smith, E. Hilton y E.C. Byrd, 2008. Perpetrators of intimate partner violence use significantly more methamphetamine, cocaine, and alcohol than victims: A report by victims, *American Journal of Emergency Medicine* **26** (5): 592-596.

Fals-Stewart, W., G.R. Birchler, C. Hoebbel, T.B. Kashdan, J. Golden y K. Parks, 2003. An examination of indirect risk of exposure to HIV among wives of substance-abusing men, *Drug and Alcohol Dependence* **70** (1): 65-76.

Fjendbo Jørgensen, A.J., K. Nøhr, H. Sørensen y F. Boisen, 1998. Decontamination of drinking water by direct heating in solar panels, *Journal of Applied Microbiology* **85** (3): 441-447.

Gandhi N.R., A. Moll, A.W. Sturm, R. Pawinski, T. Govender, U. Lalloo, K. Zeller, J. Andrews y G. Friedland G., 2006. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa, *Lancet* **368** (9547): 1575-1580.

Gould, E.A., y T. Solomon, 2008. Pathogenic flaviviruses, *Lancet* **371** (9611): 500-509.

Hall, J.H., W. Fals-Stewart y F.D. Fincham, 2008. Risky sexual behavior among married alcoholic men, *Journal of Family Psychology* **22** (2): 287-292.

Heck, H., y M. Casanova, 2004. The implausibility of leukemia induction by formaldehyde: A critical review of the biological evidence on distant-site toxicity, *Regulatory Toxicology and Pharmacology* **40** (2): 92-106.

Ilgen, M.A., A.H. Harris, R.H. Moos y Q.Q. Tiet, 2007. Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **31** (4): 635-642.

Jefferson, T.O., D. Rivetti, C. Di Pietrantonj, A. Rivetti y V. Demicheli, 2007. Vaccines for preventing influenza in healthy adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2**: CD001269, 18 de abril.

Kielmann, A.A., A.B. Mobarak, M.T. Hammamy, A.I. Gomaa, S. Abou-el-Saad, R.K. Lotfi, I. Mazen y A. Nagaty, 1985. Control of deaths from diarrheal disease in



rural communities. I. Design of an intervention study and effects on child mortality, *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* **36** (4): 191-198.

Kim, P., S. Warren, H. Madill y M. Hadley, 1999. Quality of life of stroke survivors, *Quality of Life Research* **8** (4): 293-301.

Kosterman, R., J.W. Graham, J.D. Hawkins, R.F. Catalano y T.I. Herrenkohl, 2001. Childhood risk factors for persistence of violence in the transition to adulthood: A social development perspective, *Violence and Victims* **16** (4): 355-369.

Kromhout, D., 2001. Epidemiology of cardiovascular diseases in Europe, *Public Health Nutrition* **4** (2B): 441-457.

Longnecker, M.P., P.A. Newcomb, R. Mittendorf, E.R. Greenberg, R.W. Clapp, G.F. Bogdan, J. Baron, B. MacMahon y W.C. Willett, 1995. Risk of breast cancer in relation to lifetime alcohol consumption, *Journal of the National Cancer Institute* **87** (12): 923-929.

Macdonald, S., P. Erickson, S. Wells, A. Hathaway y B. Pakula, 2008. Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients, *Addictive Behaviors* **33** (1): 201-205.

Machado, A.C., E.M. Guimarães, E. Sakurai, F.C. Fioravante, W.N. Amaral y M.F. Alves, 2007. High titers of *Chlamydia trachomatis* antibodies in Brazilian women with tubal occlusion or previous ectopic pregnancy, *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* (24816) Epub, 17 de mayo.

Mahajan, R., A. Blair, C.F. Lynch, P. Schroeder, J.A. Hoppin, D.P. Sandler y M.C. Alavanja, 2006. Fonofos exposure and cancer incidence in the agricultural health study, *Environmental Health Perspectives* **114** (12): 1838-1842.

Mårdh, P.A., 2004. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis, *Current Opinion in Infectious Diseases* **17** (1): 49-52.

Minkoff, H., Y. Zhong, H.D. Strickler, D.H. Watts, J.M. Palefsky, A.M. Levine, G. D'Souza, A.A. Howard, M. Plankey, L.S. Massad y R. Burk, 2008. The relationship between cocaine use and human papillomavirus infections in HIV-seropositive and HIV-seronegative women, *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* (587082).

Moorman, J.E., R.A. Rudd, C.A. Johnson, M. King, P. Minor, C. Bailey, M.R. Scalia, L.J. Akinbami, 2007. National surveillance for asthma: United States, 1980-2004, *MMWR Surveillance Summaries* **56** (8): 1-54.

Moss, S.E., R. Klein y B.E. Klein, 1998. The 14-year incidence of visual loss in a diabetic population, *Ophthalmology* **105** (6): 998-1003.

Mota, F., y M.L. Pérez-Ricárdez, 1989. Control de las enfermedades diarreicas en México y Latinoamérica, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* **46** (5): 360-367.

Mullick, S., D. Watson-Jones, M. Beksinska y D. Mabey, 2005. Sexually transmitted infections in pregnancy: Prevalence, impact on pregnancy outcomes, and ap-



proach to treatment in developing countries, *Sexually Transmitted Infections* **81** (4): 294-302.

Murphy, E., y C. Steenbergen, 2007. Gender-based differences in mechanisms of protection in myocardial ischemia-reperfusion injury, *Cardiovascular Research* **75** (3): 478-486.

NEJM, 1989. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group, *New England Journal of Medicine* **321** (3): 129-135.

Nemer, M., 2008. Genetic insights into normal and abnormal heart development, *Cardiovascular Pathology* **17** (1): 48-54.

NIH (National Institutes of Health), 2002. NIH Consensus Statement on Management of Hepatitis C, *NIH Consensus and State-of-the-Science Statements* **19** (3): 1-46.

OMS (Organización Mundial de la Salud), s.f. Archivos electrónicos sobre mortalidad por causas. Disponible en <*www.who.org*>.

Pellati, D., I. Mylonakis, G. Bertoloni, C. Fiore, A. Andrisani, G. Ambrosini y D. Armanini, 2008. Genital tract infections and infertility, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (140): 3-11.

Plitt, S.S., S.G. Sherman, S.A. Strathdee y T.E. Taha, 2005. Herpes simplex virus 2 and syphilis among young drug users in Baltimore, Maryland, *Sexually Transmitted Infections* **81** (3): 248-253.

Pui, C.H., L.L Robison y A.T. Look, 2008. Acute lymphoblastic leukaemia, *Lancet* **371** (9617): 1030-1043.

Pyatt, D., E. Natelson y R. Golden, 2008. Is inhalation exposure to formaldehyde a biologically plausible cause of lymphohematopoietic malignancies?, *Regulatory Toxicology and Pharmacology* **51** (1): 119-133. Disponible en <*http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WPT-4S33NB2-4&_user=10&_coverDate=06%2F30%2F2008&_alid=871840105&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=6999&_sort=d&_docanchor=&view=c&_ct=1&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=696c8527d000abb2ca0a0b74f02e7b95*>.

Ramstedt, M., 2001. Alcohol and suicide in 14 European countries, *Addiction* **96** (1): S59-S75.

Rao, M.V., Y. Qiu, C. Wang y G. Bakris, 2008. Hypertension and CKD: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey. NHANES.1999-2004, *American Journal of Kidney Diseases* **51** (4) supl. 2: S30-S37.

Raoul, J.L., 2008. Natural history of hepatocellular carcinoma and current treatment options, *Seminars in Nuclear Medicine* **38** (2): S13-S18.

Rijal, G.K., y R.S Fujioka, 2001. Synergistic effect of solar radiation and solar heating to disinfect drinking water sources, *Water Science Technology* **43** (12): 155-162.



Ritter, L., K. Solomon, P. Sibley, K. Hall, P. Keen, G. Mattu y B. Linton, 2002. Sources, pathways, and relative risks of contaminants in surface water and groundwater: A perspective prepared for the Walkerton inquiry, *Journal of Toxicology and Environmental Health*, Part A **65** (1): 1-142.

SSA (Secretaría de Salud), s.f. *Compendio histórico*. Estadísticas vitales 1893-1993, México, pp. 34, 40.

SSA, 2005. *Anuario estadístico 2005*, México.

Sellick, G.S., L.R. Goldin, R.W. Wild, S.L. Slager, L. Ressenti, S.S. Strom, M.J. Dyer, F.R. Mauro, G.E. Marti, S. Fuller, M. Lyttelton, T.J. Kipps, M.J. Keating, T.G. Call, D. Catovsky, N. Caporaso y R.S. Houlston, 2007. A high-density SNP genome-wide linkage search of 206 families identifies susceptibility loci for chronic lymphocytic leukemia, *Blood* **110** (9): 3326-3333.

Sheeder, J., K. Tocce y C. Stevens-Simon, 2008a. Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies. Part 1: An indicator of gaps in family planning services, *Maternal and Child Health Journal*, 16 de mayo. Disponible en <*http://www.springerlink.com/content/rk074g2028027267/fulltext.pdf*>.

Sheeder, J., K. Tocce y C. Stevens-Simon, 2008b. Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies. Part 2: A proxy for childbearing intentions, *Maternal and Child Health Journal*, 29 de mayo.

Sosa, J., S. Ramírez-Arcos, M. Ruben, H. Li, R. Llanes, A. Llop y J.A. Dillon, 2003. High percentages of resistance to tetracycline and penicillin and reduced susceptibility to azithromycin characterize the majority of strain types of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Cuba, 1995-1998, *Sexually Transmitted Diseases* **30** (5): 443-448.

Souter, P.F., G.D. Cruickshank, M.Z. Tankerville, B.H. Keswick, B.D. Ellis, D.E. Langworthy, K.A. Metz, M.R. Appleby, N. Hamilton, A.L. Jones y J.D. Perry, 2003. Evaluation of a new water treatment for point-of-use household applications to remove microorganisms and arsenic from drinking water, *Journal of Water and Health* **1** (2): 73-84.

Suárez, L.K. Cardarelli, y K. Hendricks, 2003. Maternal stress, social support, and risk of neural tube defects among Mexican Americans, *Epidemiology* **14** (5): 612-616.

Talamini, R., S. Franceschi, C. La Vecchia, E. Negri, L. Borsa, M. Montella, F. Falcini, E. Conti y C. Rossi, 1996. The role of reproductive and menstrual factors in cancer of the breast before and after menopause, *European Journal of Cancer* **32A** (2): 303-310.

Terry, M.B., M.D. Gammon, J.B. Schoenberg, L.A. Brinton, N. Arber, y H. Hibshoosh, 2002. Oral contraceptive use and cyclin D1 overexpression in breast cancer among young women, *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* **11** (10) parte 1: 1100-1103.

Till, C., C.A. Westall, J.F. Rovet y G. Koren, 2001. Effects of maternal occupational



exposure to organic solvents on offspring visual functioning: A prospective controlled study, *Teratology* **64** (3): 134-141.

Vujkovic, M., M.C. Ocke, P.J. van der Spek, N. Yazdanpanah, E.A. Steegers y R.P. Steegers-Theunissen, 2007. Maternal Western dietary patterns and the risk of developing a cleft lip with or without a cleft palate, *Obstetrics & Gynecology* **110** (2) parte 1: 378-384.

Wang, J., S. Ruotsalainen, L. Moilanen, P. Lepistö, M. Laakso y J. Kuusisto, 2008. The metabolic syndrome predicts incident stroke: A 14-year follow-up study in elderly people in Finland, *Stroke* **39** (4): 1078-1083.

Wetterhall, S.F., D.R. Olson, F. DeStefano, J.M. Stevenson, E.S. Ford, R.R. German, J.C. Will, J.M. Newman, S.J. Sepe y F. Vinicor, 1992. Trends in diabetes and diabetic complications, 1980-1987, *Diabetes Care* **15** (8): 960-967.



5
EL VIH/SIDA: UN NUEVO RETO PARA LA SALUD PÚBLICA

*Fátima Juárez** y *Cecilia Gayet***

CONTENIDO

Introducción 138
El VIH/sida: un riesgo emergente de fines del siglo XX, 138; Qué es el VIH/sida, 139
Panorama del VIH/sida en México 140
Distribución por sexo, 141; Distribución por edad, 142; Distribución por forma de transmisión, 143; Distribución geográfica, 144; Mortalidad y sobrevivencia a lo largo del tiempo, 146
Del estudio de los casos a la comprensión de las prácticas 149
Los nuevos estudios vinculados biológicos y de prácticas sexuales y las dificultades metodológicas para el estudio de las prácticas sexuales en el contexto del sida, 149; Encuestas de segunda generación, 151; La ronda mexicana de encuestas de vigilancia de comportamientos que sigue la metodología del TLS y otras de tipo RDS, 152; Los estudios sobre estigma y discriminación, 157
Las políticas para el VIH/sida 160
Conclusiones 163
Referencias 165
Apéndice estadístico 169

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*fjuarez@colmex.mx*>. ** Profesora-investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México: <*cgayet@flacso.edu.mx*>.

EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS 1940-2010

INTRODUCCIÓN

El VIH/sida: un riesgo emergente de fines del siglo XX

En el mundo en general, durante el siglo XX, hubo importantes mejoras en la salud que redundaron en un aumento en la esperanza de vida de las poblaciones. Los adelantos tecnológicos en el campo de la medicina, las mejoras en la nutrición y en las condiciones de las viviendas (agua potable, drenaje, electricidad, etc.) dieron paso a un descenso de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas, fenómeno que se conoce como "transición epidemiológica" (Omran, 1971). Sin embargo, hacia finales del siglo XX una nueva enfermedad infecciosa, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), cambió el ritmo de los avances mundiales y puso en cuestión el curso lineal de la transición epidemiológica (Frenk *et al*., 1991). Esta enfermedad ha puesto en crisis a los sistemas de salud y ha requerido de grandes esfuerzos coordinados para darle respuesta.

Los primeros casos de sida se diagnosticaron en Estados Unidos en 1981, aunque hay estudios científicos que muestran evidencias de la presencia del virus en humanos desde varias décadas antes (Nahmias *et al*., 1986; Zhu *et al*., 1998). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estima que hacia finales del año 2007 unos 33 millones (entre 30.3 y 36.1 millones) de personas vivían con VIH/sida. En ese mismo año, un total estimado de 2.7 millones de personas fueron infectadas por el VIH y la enfermedad causó dos millones de muertes (ONUSIDA y OMS, 2008).

En América Latina se estima que viven con VIH entre 1.5 y 2.1 millones de personas. La prevalencia en la población adulta para la región está alrededor de 0.5% (rango de 0.4 a 0.7) (ONUSIDA y OMS, 2008). Esto muestra la permanencia de la gravedad de la epidemia y da indicios de los enormes retos que surgen al enfrentarla.

Como tendencia general en México, se considera que la epidemia se mantiene estable y la transmisión ocurre en las poblaciones de mayor riesgo de exposición (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y personas que usan drogas inyectables) (ONUSIDA y OMS, 2007).

El objetivo de este capítulo es introducir al lector acerca de qué es el sida y presentar el panorama de la epidemia del VIH/sida en México, así como una descripción sintética de las políticas llevadas a cabo en el país y los retos para el futuro.



Qué es el VIH*/sida*

El VIH/sida es una enfermedad reciente, que azota al mundo entero desde hace poco más de 25 años. El VIH significa "virus de la inmunodeficiencia humana" y es el virus que causa la enfermedad denominada "sida" (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca al sistema inmunológico, que es el que le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4), que utiliza el sistema inmunológico para combatir las enfermedades. El sida representa la etapa final de la infección por el VIH. Es posible que una persona infectada con el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa. En las personas que tienen el sida, el virus ha debilitado su sistema inmunológico a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones. Se considera que alguien tiene sida cuando presenta una o más infecciones y un número bajo de células T (CDC, 2008a). La gravedad de las infecciones oportunistas o cánceres ulteriores relacionados con el VIH guardan relación directa con el grado de disfunción del sistema inmunológico (OPS, 2006).

El VIH se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona infectada. Se puede transmitir al tener relaciones sexuales con alguien infectado con el VIH, al compartir agujas y jeringas con alguien infectado con el VIH, por la exposición (en el caso de un feto o bebé) al VIH antes de nacer o durante el parto, o al ser amamantado, y por transfusión de sangre infectada o sus derivados, así como por el trasplante de órganos y tejidos infectados por el VIH (CDC, 2008a; OPS, 2006).

Existen pruebas de laboratorio para detectar si una persona tiene el VIH en su cuerpo. Una vez que el virus entra al organismo, el sistema inmune produce anticuerpos a dicho virus (los anticuerpos son sustancias que produce el cuerpo cuando hay una infección). La mayoría de las pruebas de detección buscan la presencia de los anticuerpos al VIH (CDC, 2008a). Para que el cuerpo produzca los anticuerpos suficientes para ser detectados por las pruebas tiene que pasar un lapso de tiempo que puede variar entre las personas. Este periodo de tiempo es llamado usualmente "periodo de ventana". La mayoría de las personas desarrollará anticuerpos detectables en un lapso de entre dos y ocho semanas (el promedio es de 25 días) posteriores a la infección. Sin embargo, existe la posibilidad de que en algunos in-



dividuos tome más tiempo. Si después de una exposición la prueba resulta negativa, las guías recomiendan repetir el procedimiento tres meses después. En casos muy raros, el desarrollo de anticuerpos puede tomar hasta seis meses (CDC, 2008b).

Al inicio de la epidemia no existían tratamientos médicos para tratar la enfermedad. En 1987 se aprobó en Estados Unidos la primera droga para tratar el sida (AVERT, 2008). A pesar de que proliferaron muchas opciones de drogas, desde ese año hasta 1995 la mayor parte de los tratamientos fueron monoterapias o tratamientos de una sola droga. Pronto se descubrió que el virus se tornaba resistente a la droga que se estaba administrando, y comenzaron a probarse los tratamientos que combinan distintos antivirales. Estos tratamientos se denominaron "tratamientos antirretrovirales de gran actividad" (TARGA O HAART por sus siglas en inglés) (Shernoff y Smith, 2001). A partir de 1996 se demostró que los tratamientos que combinan antirretrovirales eran altamente efectivos contra el VIH. Los tratamientos antirretrovirales no curan la enfermedad pero la retrasan por muchos años (AVERT, 2008).

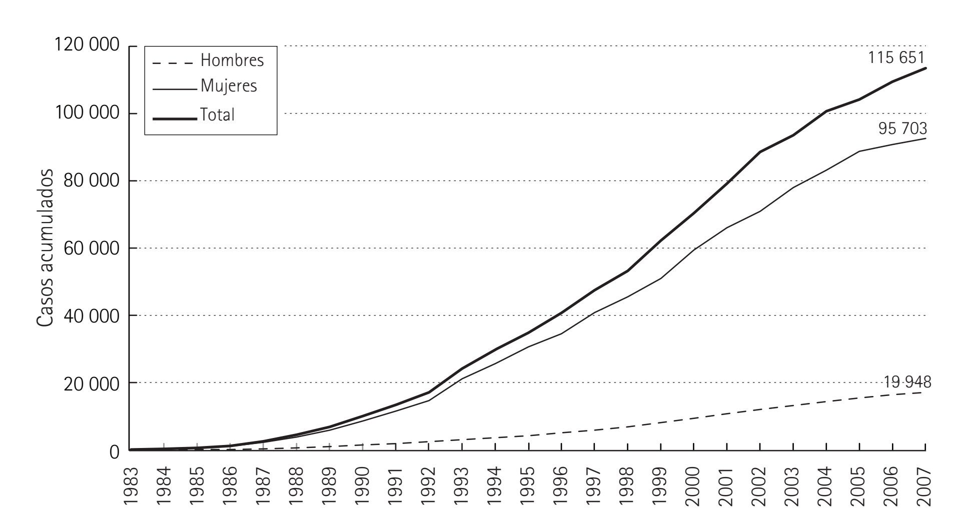
PANORAMA DEL VIH/SIDA EN MÉXICO

En México, los primeros casos de sida se reportaron en 1983 en momentos en que se conocía poco de la infección y todavía no existían manuales estandarizados para apoyar la identificación de los casos (Ponce de León *et al.*, 1988; Stanislawski *et al.*, 1984). En los 25 años que han pasado desde el origen de la epidemia, ha habido una gran variación respecto de sus características fundamentales: distribución por sexo y edad, distribución geográfica, por forma de transmisión, por tiempo de sobrevivencia después de la infección, etc. La respuesta a la epidemia con políticas y acción también ha ido evolucionando. Hasta diciembre de 2007, se habían registrado en México 115 651 casos de sida acumulados, pero el subregisto de casos y el retraso en la notificación son factores que deben considerarse (Magis y Hernández, 2008). La prevalencia de VIH en la población general se ha estimado en 0.3%, pero en algunos grupos específicos de población es mayor a 5% (como en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y usuarios de drogas inyectadas) (ONUSIDA y OMS, 2008).



Distribución por sexo

En los inicios, la epidemia de sida en México se concentró en los hombres. Los primeros casos reportados habían sido asociados con viajes al extranjero, especialmente a Estados Unidos, y particularmente en población que se declaraba homosexual (Ponce de León *et al.*, 1988). Pero con el pasar de los años, la epidemia fue adquiriendo un perfil complejo en el país, afectando tanto a hombres como a mujeres. El crecimiento geométrico de los primeros años se debió a distintas causas, algunas de ellas controladas más adelante, como las infecciones por transfusión sanguínea. La gráfica 5.1 muestra la relación por sexo de los casos de sida acumulados a través del tiempo. En el origen de la epidemia, en 1983, se reportaron 65 casos de hombres y ninguno de mujeres, en tanto que en los casos diagnosticados durante el año 1990 la relación se modifica a 6.1 hombres por cada mujer. Entre los casos diagnosticados en el año 2000, a partir del cual no se reportó ningún caso por transfusión sanguínea, la relación fue de 4.7 hombres por cada mujer y entre los casos diagnosticados en 2005, fue de 3.8 hombres por cada mujer.



Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

Gráfica 5.1. Casos acumulados de sida, por sexo y año de diagnóstico.



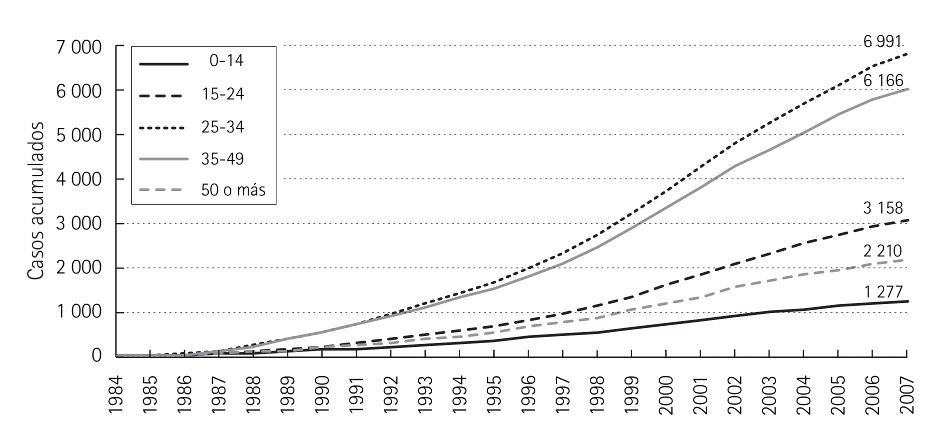
Distribución por edad

Los casos de sida en México se han diagnosticado en mayor proporción en la población de adultos (cuadro 5.1, gráficas 5.2 y 5.3). Pero es importante recordar que entre el origen de la infección y la aparición de las manifestaciones clínicas que son consideradas como etapa de sida pueden pasar muchos años, por lo que estas personas pueden haberse infectado en la juventud. Como puede verse, la distribución de los casos de mujeres es algo más temprana que la de casos de hombres.

Cuadro 5.1. Proporción de casos acumulados de sida en México a diciembre de 2007, por grandes grupos de edad

	Grupo de edad				
	0-14	*15-24*	*25-34*	*35-49*	*50 y más*
Mujeres	6.4	15.9	35.3	31.1	11.2
Hombres	1.6	10.9	39.5	36.3	11.7

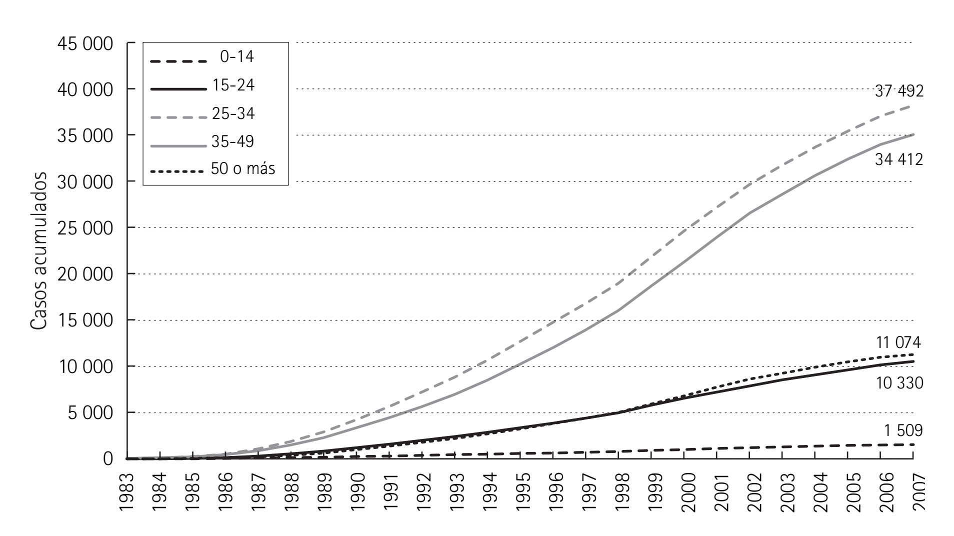
Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).



Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

Gráfica 5.2. Casos acumulados de sida por grupo de edad, según año de diagnóstico, en la población femenina.


EL COLEGIO DE MÉXICO



Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

Gráfica 5.3. Casos acumulados de sida por grupo de edad, según año de diagnóstico, en la población masculina.

Distribución por forma de transmisión

Como se mencionó en la introducción, hay diversas formas por las que puede transmitirse el virus y, de acuerdo con las formas predominantes que se den en un determinado país, la epidemia adquirirá dinámicas y características específicas. Se considera que la epidemia en México se ha concentrado en algunos grupos de la población que tienen prácticas que los hacen más vulnerables a la infección de VIH. Al inicio de la epidemia, antes de que hubiera control de la donación de sangre, hubo muchos casos derivados de transfusiones sanguíneas o uso de instrumentos de donación de sangre contaminados (se estima que se produjeron unos 1 300 casos de mujeres por recibir sangre contaminada o ser donadoras pagadas, y poco más de 1 500 de hombres). En 1986 se publicó la ley que exige realizar la prueba de VIH a toda la sangre donada y sus derivados, pero ante la falta de su cumplimiento en los bancos de sangre, en mayo de 1987 una nueva ley prohibió la venta de sangre y sus productos (Del Río y Sepúlveda, 2002). Con


EL COLEGIO DE MÉXICO

esta medida se controlaron los bancos de sangre y a partir de 1998 se redujeron radicalmente los casos derivados de transfusión o donación de sangre. Entre los años 2005 y 2007 no se registró ningún caso por esta causa.

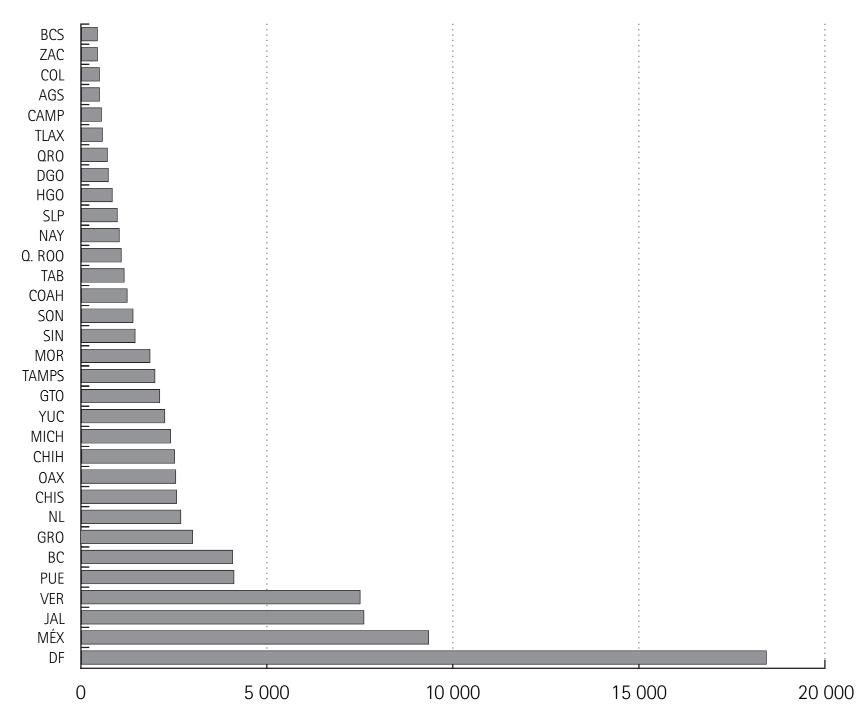
Debe señalarse que es difícil establecer la forma en que las personas contrajeron el virus (con excepción de pocos casos, como los pediátricos) y las categorías de transmisión se establecen a partir de una evaluación del médico tratante en la consulta, que en muchos casos se realiza sin información, por lo que se requiere considerar la subjetividad que interviene en estos datos, más aún cuando las preguntas van dirigidas a la sexualidad del sujeto en el contexto de una sociedad que discrimina ciertas prácticas y en tiempos donde el sida es una enfermedad socialmente estigmatizada (Gayet y Magis, 2000). Analizando el total de casos acumulados hasta diciembre de 2007, en 35.5% de los casos de hombres no se conoce la categoría de transmisión y esto mismo sucede con 32.3% de los casos de mujeres. Sin embargo, para los casos diagnosticados en algunos años la proporción de falta de registro de este dato es mucho mayor, como por ejemplo los casos de hombres de 1998 y 1999, donde es de 59 y 63%, respectivamente. A partir del año 2004 la proporción de casos de los que se carece de registro en la categoría de transmisión es menor a 20 por ciento.

El registro indica que cerca de 34 500 casos acumulados de hombres hasta diciembre de 2007 (55.9% del total de casos de la población masculina de los que se cuenta con información sobre la forma de transmisión) se debieron a la transmisión homo y bisexual y 38.6% a la transmisión heterosexual; 1.2% se debió a la transmisión por compartir instrumentos contaminados en el uso de drogas inyectadas y 1.4% se estima que se debió a la transmisión perinatal. Entre las mujeres, 83.2% de los casos acumulados a diciembre de 2007 se ubicó en la categoría de transmisión por relaciones heterosexuales; 9.9% a las categorías de transfusión y donación sanguínea; 6.3% a transmisión perinatal y 0.7% al uso de drogas inyectadas (cuadros AE-5.1 y AE-5.2 del Apéndice estadístico).

Distribución geográfica

Cada uno de los estados del país ha registrado casos de sida (gráficas 5.4 y 5.5) pero la infección se ha iniciado en momentos diferentes y se ha desarrollado a velocidades diversas. Los primeros casos de sida se notificaron en



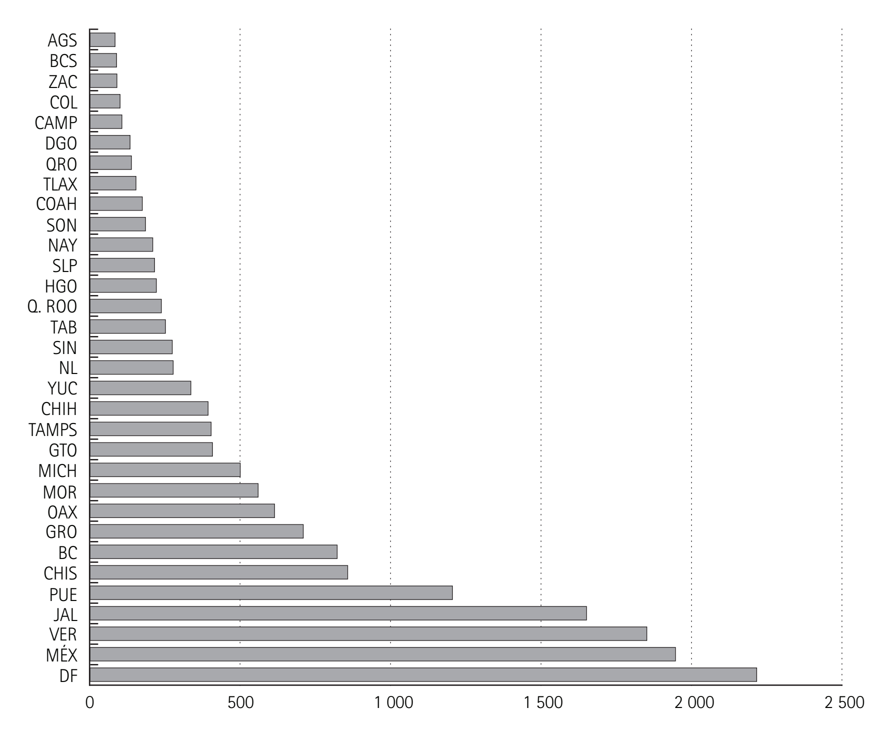


Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

Gráfica 5.4. Casos de sida en hombres, acumulados a diciembre de 2005, por entidad federativa.

el Distrito Federal en 1983. Otros estados que notificaron sus primeros casos ese mismo año fueron Baja California, Coahuila, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Todos esos casos eran de hombres. En 1984 se notificaron los primeros casos de mujeres en Baja California, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Morelos y Nuevo León. Los casos de sida comenzaron con un crecimiento exponencial en cada uno de esos estados y fueron estabilizándose hacia el año 2005, aunque todavía se encuentran en incremento. En los estados donde la epidemia comenzó más tarde, se muestra un incremento mayor hacia el año 2005, como en Chiapas en los casos de hombres y de mujeres, así como en los casos de mujeres de Oaxaca (gráficas 5.6 y 5.7 y cuadros AE-5.3 y AE-5.4


CM EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS 1940-2010



Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

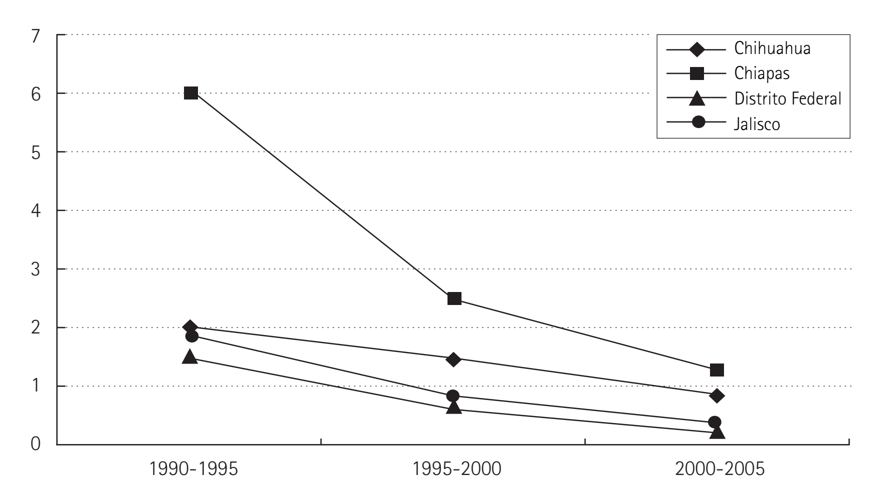
Gráfica 5.5. Casos de sida en mujeres, acumulados a diciembre de 2005, por entidad federativa.

del Apéndice estadístico). Los estados donde los casos de sida tanto de hombres como de mujeres han estado creciendo menos en el último periodo (entre 2000 y 2005) son el Distrito Federal y Jalisco.

Mortalidad y sobrevivencia a lo largo del tiempo

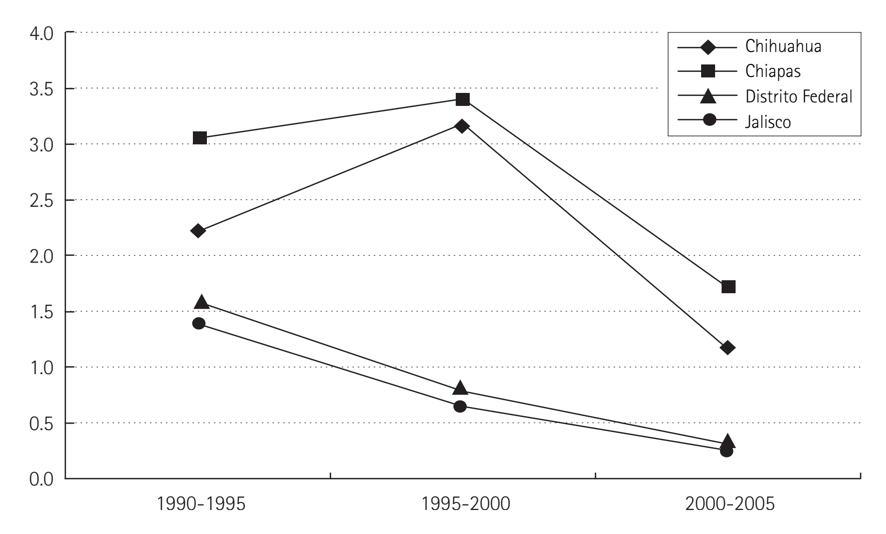
Si bien al comienzo de la epidemia no se conocían tratamientos efectivos y el diagnóstico de sida llevaba a una defunción casi inmediata, a partir de la aplicación de terapias antirretrovirales altamente activas que utilizan tres o más drogas antirretrovirales combinadas se mostraron descensos significativos en la morbilidad y mortalidad. En contextos con recursos


EL COLEGIO DE MÉXICO



Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

Gráfica 5.6. Proporción de cambio entre periodos de casos acumulados de sida en hombres para entidades federativas seleccionadas.



Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).

Gráfica 5.7. Proporción de cambio entre periodos de casos acumulados de sida en mujeres para entidades federativas seleccionadas.



limitados, se ha estimado que sin tratamientos, el tiempo mediano entre la aparición de los primeros eventos que definen el sida y la muerte era de entre seis y 19 meses, en tanto que en países industrializados antes de la introducción de tratamientos combinados la sobrevida promedio era entre 9.5 y 22 meses (Zwahlen y Egger, 2006). A partir de las nuevas terapias, se ha señalado que la proporción de personas que sobreviven con sida por dos o más años se incrementó de 64% en 1993-1995, a 85% en 1996-2005 (Knoll, Lassmann y Temesgen, 2007). Una publicación que resume distintas investigaciones acerca de la sobrevida realizadas en Brasil mostraba que la sobrevida mediana de personas que vivían con VIH entre 1982 y 1989 era de 5.1 meses, en tanto que en 1996 ascendía a 68 meses (Hacker *et al.*, 2007).

En los países de altos ingresos, una revisión de la sobrevida de una cohorte internacional proveniente de centros de atención de Europa, Estados Unidos y Canadá muestra grandes incrementos en la esperanza de vida de personas que ingresaron a tratamientos antirretrovirales entre los años 1996 y 2005. En esta cohorte internacional de personas que viven con VIH/sida, la esperanza de vida a la edad exacta de 20 años se incrementó de 36.1 años a 49.4 años. En los pacientes donde se presume que la vía de transmisión fue por inyección de drogas se tuvieron menores esperanzas de vida que en los pertenecientes a los otros grupos de transmisión. (The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2008).

Sin embargo, se acepta que es necesario esperar a que pase más tiempo para conocer los efectos de mediano plazo de estos nuevos tratamientos. Se afirma, sobre todo, que es necesario evaluar los problemas de resistencia que podrían sobrevenir después de aplicaciones prolongadas de estos esquemas. Por otra parte, también se ha establecido que para estimar la sobrevida es necesario analizar el momento en que se inicia el tratamiento (según los niveles de linfocitos CD4), los niveles de adherencia a tratamientos en los países donde se encuentran disponibles, la cobertura existente de profilaxis para las enfermedades oportunistas, y diferenciar si las personas que tienen sida son usuarias de drogas inyectadas y, en ese caso, si además están infectadas con hepatitis C. Estas otras variables podrían reducir el tiempo de sobrevivencia incluso bajo la atención con los más nuevos tratamientos (The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2008).

En México se han considerado tres periodos para estimar la sobrevida: 1] desde el inicio de la epidemia hasta la llegada de antirretrovirales en di-



ciembre de 1992, 2] cuando se utilizaron los antirretrovirales no compuestos o monoterapias (entre enero de 1993 y octubre de 1996) y, 3] la etapa de tratamientos antirretrovirales de gran actividad o TARGA (a partir de noviembre de 1996) (Vargas *et al*., 2007). Debe considerarse además que en el principio de la etapa de tratamientos sólo pocas personas tuvieron acceso a ellos y la distribución masiva de los mismos se dio a partir del año 2000 (Volkow *et al*., 2007).

La Secretaría de Salud ha estimado que la tasa de mortalidad por VIH/sida en el año 2006 para el grupo de 25 a 44 años de edad fue: para los hombres, de 16.3 por cada cien mil y, para las mujeres, de 3.2 por cien mil (Secretaría de Salud, 2007). En el año 2005, era la causa número 17 de mortalidad en el país. El incremento en la mortalidad de las mujeres por esta causa entre el año 2001 y el 2006 fue de 11.7% (Secretaría de Salud, 2007). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las tasas de mortalidad más altas tanto para hombres como para mujeres en 2006 se observaron en Baja California Sur, Tabasco y Veracruz. En Zacatecas se estimaron las tasas más bajas para ambos sexos (INEGI, 2007).

DEL ESTUDIO DE LOS CASOS A LA COMPRENSIÓN DE LAS PRÁCTICAS

Los nuevos estudios vinculados biológicos y de prácticas sexuales y las dificultades metodológicas para el estudio de las prácticas sexuales en el contexto del sida

El monitoreo de la epidemia de VIH y la evaluación del impacto de las intervenciones para su prevención originalmente se llevaban a cabo con el registro de los casos de sida. Más adelante se incluyeron marcadores biológicos de VIH y se realizaron conteos de casos de VIH de personas que llegaban a los servicios de salud. Hacia el año 2000 se empieza a modificar esta visión de vigilancia de la epidemia y se afirma que no sólo es importante captar el número de casos de sida sino también conocer las prácticas generadoras de riesgo de la población. El actual paradigma orientado a la prevención y pronóstico de la tendencia de la epidemia, ya sea en la población general o en grupos específicos más vulnerables, permite identificar las infecciones en un momento más cercano a su ocurrencia y aporta información para el diseño de programas de prevención. Es así como surge la recolección de



una nueva generación de información sobre los comportamientos de los individuos, llamada "vigilancia de segunda generación" (*Second Generation Surveillance*). Sin embargo, estos avances han traído consigo retos metodológicos que van desde la localización del entrevistado fuera de su hogar hasta el desarrollo de nuevas formas estadísticas de estimación que generen una representatividad de la población bajo estudio.

Aunque el número de casos que se necesita para estudiar a los grupos vulnerables con prácticas de riesgo no es tan elevado como el número de casos que se requiere en las encuestas de hogares, la localización del entrevistado y la adecuación de la metodología de recolección de tal forma que sea estadísticamente representativa y correcta constituyen grandes desafíos, como es el caso, por ejemplo, de entrevistas a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o a trabajadoras sexuales, en contraste con individuos de la población general entrevistados en hogares.

Las encuestas de comportamiento repetidas permiten captar las tendencias de comportamientos sexuales y, en particular, los riesgos de infección de VIH y las oportunidades de prevención, y es así como ahora se cuenta con información sobre el número de parejas sexuales y el uso de condón con parejas no habituales, aunque cabe hacer notar que hasta el momento la información sólo se ha obtenido para grupos específicos en ciertas ciudades y no para todo el país en su conjunto.[1] Desde el enfoque de las intervenciones para reducir los comportamientos de riesgo, este tipo de información puede ayudar a guiar los programas de intervención dando a los planificadores un panorama más claro de las prácticas actuales de riesgo en varios segmentos de la población.

A continuación se presentan los resultados de algunos de los estudios relevantes con esta nueva visión de monitoreo del VIH/sida que incluye el conocimiento de la sexualidad y que han servido para delinear el perfil actual y futuro de la epidemia:[2] las encuestas de segunda generación y la ronda de encuesta de vigilancia de comportamientos que sigue la metodología de denominada "muestreo por tiempo-lugar" o TLS por su nombre en inglés (*Time/Location Sampling*) y otras con muestreo de tipo RDS, denominada así por su nombre en inglés (*Respondent Driven Sampling*).

[1] No se tiene hasta el momento en México una encuesta de comportamiento sexual en población general que suelen realizarse en el hogar.

[2] Se han realizado en México otros estudios, además de las encuestas que se mencionan en este documento, pero a manera de ejemplo se presentan los resultados de estos dos proyectos.



Encuestas de segunda generación

Estas encuestas han sido uno de los primeros esfuerzos realizados bajo la coordinación de ONUSIDA con este nuevo enfoque orientado a una mejor comprensión de la transmisión del VIH a través del estudio de las prácticas conocido como "vigilancia de segunda generación", dirigido a epidemias concentradas y que han desarrollado ONUSIDA y Family Health International (UNAIDS/WHO, 2000; FHI, 2000). En el año 2003 México fue parte de un estudio piloto para ver la posibilidad de crear un sistema de vigilancia epidemiológica alternativo.[3] La importancia del método es que capta el nivel de riesgo de los distintos subgrupos poblacionales a partir de sus prácticas de riesgo (ya sean sexuales o de intercambio de instrumentos de inyección de drogas) y estudia con encuestas repetidas los cambios en los comportamientos de prevención.

Las poblaciones identificadas como vulnerables a la epidemia fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas intravenosas (UDI), mujeres trabajadoras sexuales femeninas (MTS), migrantes y jóvenes. La información recolectada proviene de cuatro estados: Morelos, Michoacán, Puebla y Chihuahua (Magis Rodríguez *et al*., 2004).

Este experimento piloto, realizado una sola vez, demostró ser muy útil para identificar cuáles patrones de comportamiento están influyendo en el desarrollo de la epidemia y con esa información se ha trabajado para determinar a dónde se deben dirigir los programas preventivos.

Este tipo de estudios requiere identificar los sitios de reunión de las subpoblaciones y realizar el mapeo de la localización física de las poblaciones por medio de informantes clave, muchos de los cuales eran miembros de las poblaciones de interés o personas que trabajaban con ellas, como personal de organizaciones no gubernamentales, de los servicios locales de salud, de las escuelas, los dueños de bares, la policía, etc. El ejercicio de mapeo de la población sirvió como base para el esquema de muestreo. Los sitios fueron enlistados según el tamaño de la población que se reunía y se estimó la probabilidad proporcional al tamaño, la que se usó para seleccionar de manera aleatoria los sitios y los individuos a quienes aplicar el cuestionario.

[3] Este proyecto estuvo a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida) y con el apoyo del ONUSIDA



La ronda mexicana de encuestas de vigilancia de comportamientos que sigue la metodología del TLS y otras de tipo RDS

En los años 2005-2006, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida), la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO México) y Family Health International (FHI) realizaron una nueva ronda de encuestas de vigilancia de comportamientos con financiamiento de la United States Agency for International Development (USAID). Las encuestas se realizaron en Acapulco, Monterrey, Nezahualcóyotl y Tampico (Gayet *et al.*, 2007). Las poblaciones seleccionadas para este estudio fueron hombres que tienen sexo con hombres, hombres y mujeres trabajadores sexuales y conductores de camiones de larga distancia. Se aplicaron pruebas clínicas para la detección del VIH, cumpliendo los requisitos éticos de investigación de voluntariedad por medio del consentimiento informado y confidencialidad del resultado. Se utilizaron dos tipos diferentes de muestreo en este estudio: el "muestreo de tiempo/lugar" (TLS) y el "muestreo dirigido por entrevistados" (RDS).

El muestreo de tiempo/lugar o TLS (también conocido como "muestreo en sitios de reunión") es un método probabilístico para reclutar miembros de una población objetivo en tiempos específicos y en sitios de reunión. Las unidades de días-horarios-lugares (o unidades de tiempo/lugar, UTL) forman el marco muestral, que tiene que ser elaborado en una evaluación situacional previa. Por ejemplo, una UTL podría ser un periodo definido de cuatro horas, del día lunes, en un sitio específico, para ubicar a los miembros de la población objetivo. Los sitios se ubican mediante entrevistas a informantes clave, proveedores de servicios y miembros de la población objetivo. Se prepara una lista de UTL que se consideran potencialmente elegibles sobre la base de la verificación del número de personas presentes y de entrevistas a los encargados de los sitios acerca de la afluencia por día y hora de la semana. A partir de entrevistas estructuradas a personas clave se elaboran listas de sitios de reunión de las poblaciones con indicaciones geográficas. En el estudio se verificó la existencia de los sitios, así como los días y horarios de apertura y cierre, y una estimación del tamaño de la población objetivo presente en distintos horarios. Se establecieron las UTL, se seleccionaron de forma aleatoria y se fijaron cuotas de entrevistas para cada lugar, teniendo en cuenta el tamaño estimado de la población por sitio. Los conglomerados estaban representados por los sitios de reunión identificados para cada población. Por ejemplo, para las mujeres y los hombres trabaja-



dores sexuales estaban conformados por cantinas, sitios de *table-dance*, cuadras específicas en determinadas calles, clubes nocturnos, etc. En el caso de los camioneros de larga distancia, se identificaron estacionamientos de camiones, restaurantes de parada de camioneros, empresas transportistas, puntos de parada en carreteras, etc. Esta información permite estimar una unidad del tamaño de la población para cada UTL y el número elegible para la muestra. Finalmente, se seleccionan de modo aleatorio a los sujetos a entrevistar de la población objetivo.

El "muestreo dirigido por entrevistados" es una forma modificada del "muestreo por bola de nieve" que permite a los investigadores reclutar a personas de grupos altamente estigmatizados que no se congregan en sitios conocidos, como sería el caso de hombres trabajadores sexuales. El RDS es un método probabilístico para alcanzar el tamaño de muestra deseado, que además permite al grupo investigador identificar redes y características de quienes están en las redes. Como tal, los datos de las muestras de RDS permiten realizar inferencias sobre las características de la red más amplia, por ejemplo en este caso de HTS. El primer paso en el RDS es colaborar con las organizaciones civiles que trabajan con las poblaciones objetivo para reclutar entre 10 y 15 entrevistados iniciales, conocidos como "semillas". Estas personas "semillas" completan el cuestionario sobre comportamientos y el componente biológico del estudio (prueba de VIH) en una oficina asignada para realizar las entrevistas. Después de completar el estudio, se entrega a las personas "semillas" una compensación económica para el transporte y por el tiempo dedicado y tres cupones para reclutar a otras tres personas HTS (pares) que quieran participar en el estudio. Cada participante recibía una compensación económica adicional por cada persona que reclutaba y que completaba el estudio. Este proceso se repite hasta alcanzar el tamaño de muestra requerido. Existe un número límite de cupones por participante para asegurar que un conjunto amplio de sujetos tengan oportunidad de reclutar participantes, reduciendo así la homofilia.

A continuación se presentan algunos de los principales hallazgos a partir de estos nuevos enfoques y metodologías y que aportan valiosa información para proyectar hacia dónde va la epidemia.

Prevalencias de VIH. Las prevalencias en los lugares estudiados en promedio fueron de 10% entre los HSH; 15.1% entre los HTS; 1% entre las MTS y 0.6% entre los camioneros de larga distancia. En estas subpoblaciones la prevalencia de VIH es mucho mayor que la reportada de 0.3% para la población adulta del país (Gayet *et al*., 2007).



Hombres que tienen sexo con hombres. En las investigaciones sobre los hombres que tienen sexo con hombres, en general se reporta que tienen alto nivel educativo y que son solteros (Magis Rodríguez *et al*., 2004; Gayet *et al*., 2007). Otras características de los hombres entrevistados es que una quinta parte declaró vivir con una pareja del mismo sexo y 11% afirmó estar o haber estado casado con una mujer (Gayet *et al*., 2007), mientras que 7% de los jóvenes y 17% de los mayores de 25 años respondieron que vivían con una mujer que era su pareja sexual al momento de la encuesta (Magis Rodríguez *et al*., 2004). A pesar de que 96% sabía que el condón protege del VIH, su conocimiento del modo de transmisión es muy pobre, ya que 13% cree equivocadamente que el VIH se puede transmitir por picadura de mosquito (Gayet *et al*., 2007). El número de parejas promedio en el último año fue aproximadamente de nueve —rango de 8.6 a 9.4— (incluyendo la pareja actual) (Magis Rodríguez *et al*., 2004; Gayet *et al*., 2007), y más de la mitad de éstas fueron ocasionales (Gayet *et al*., 2007). Con parejas habituales, entre 64 y 66% de los hombres dijo haber usado condón en la última relación sexual, y 79-81% con pareja ocasional. Se reporta que entre 78 y 82% usó condón en la última relación sexual con pareja comercial (compra de sexo) (Magis Rodríguez *et al*., 2004; Gayet *et al*., 2007). Seis por ciento dijo haberse inyectado drogas alguna vez en la vida y, entre ellos, 23% compartió jeringas. Una mayor proporción de HSH VIH positivos que de VIH negativos afirmó haber conocido a sus parejas sexuales en cuartos oscuros o por internet (Gayet *et al*., 2007).

Trabajadoras sexuales. Este subgrupo de la población reportó un bajo nivel educativo (Magis Rodríguez *et al*., 2004; Gayet *et al*., 2007) y muchas de ellas (42%) estaban unidas en el momento de la encuesta (Gayet *et al*., 2007). Nuevamente se observa un gran desconocimiento del modo de transmisión y prevención del VIH/sida: 94% sabía que el condón protege del VIH, pero 32% creía que puede transmitirse por picadura de mosquito y 12%, por compartir comida (Gayet *et al*., 2007). El número de parejas sexuales reportadas en el año anterior por las trabajadoras sexuales está entre 200 y 430 (Magis Rodríguez *et al*., 2004; Gayet *et al*., 2007). En la investigación de 2003 se observa que 77% de las trabajadoras afirmó haber tenido parejas que les pagaron en la última semana y, con estas parejas, 84% dijo que usó condón en la última relación sexual (Magis Rodríguez *et al*., 2004). Sin embargo, el estudio de 2005-2006 indica que 96% usó condón con el último cliente, sólo 17% usó condón en la última relación sexual con pareja estable y 53% con parejas ocasionales (Gayet *et al*., 2007). Entre



los motivos mencionados para no usar condón con clientes figuran ser cliente conocido y porque el cliente no quiso. Dos por ciento se inyectó drogas alguna vez en la vida, pero ninguna refirió haber compartido jeringas la última vez que se inyectó drogas (Gayet *et al*., 2007). Aunque el porcentaje de uso de condón con pareja comercial parece relativamente alto, debe considerarse que 15% no usó condón en la última relación sexual. Dado el gran número de parejas que tiene una trabajadora sexual, se agudiza el riesgo de infección, especialmente entre las más jóvenes.

Hombres trabajadores sexuales. Entre los hombres entrevistados de este subgrupo la mayoría reportó muy bajo nivel educativo y ser soltero: 19% vivía con pareja del mismo sexo, 17% afirmó haber estado casado con una mujer y 8% vivía con pareja de distinto sexo. Su conocimiento sobre la transmisión de la infección es muy pobre; la mayoría dijo saber que el condón previene del VIH, pero 25% cree que puede transmitirse por picadura de mosquito y 8% por la comida. El promedio de parejas sexuales en la semana previa a la encuesta fue de 6.6 (que equivale a 356 parejas sexuales por año), la mayoría de ellas eran parejas hombres; 30% dijo haber tenido relaciones sexuales con al menos una mujer en la semana previa, 96% usó condón con el (o la) último(a) cliente, 64% usó condón en la última relación sexual con pareja estable y 92% con pareja ocasional. Los motivos enumerados para no haber usado condón con clientes fueron porque era un cliente conocido y porque el cliente pagó más. Con respecto al uso de drogas, 75% había probado alguna en alguna ocasión y 7% se había inyectado drogas; entre ellos, 13% compartió jeringas. Los HTS VIH positivos tuvieron menos parejas estables y ocasionales y más parejas que les pagaron y el lugar de encuentro predominante de clientes fue la calle. Los resultados de la encuesta en Nezahualcóyotl que utilizó el método RDS fueron similares (Gayet *et al*., 2007).

Usuarios de drogas inyectables. La proporción por sexo de este subgrupo fue de 86% hombres y 14% mujeres. Más de 75% de los hombres reportó haber compartido la aguja o la jeringa en la última vez que se inyectó. Las mujeres declararon compartir estos materiales en un porcentaje menor (59%). Alrededor de 10% de los hombres y las mujeres aseveró que no compartió la jeringa ni una sola vez durante el mes previo a la encuesta. En cuanto a los indicadores de sexualidad, la mayoría de los hombres y de las mujeres dijo ser sexualmente activo (98.9 y 96.6%, respectivamente). El número promedio de parejas sexuales en el último año para los hombres fue de algo más de seis, mayor para adultos que para jóvenes. En tanto que



para las mujeres fue de 42 parejas. Entre los hombres, 45% afirmó haber tenido relaciones sexuales durante el año previo con una pareja habitual, 61% con una pareja no habitual y no comercial y 25% con pareja comercial. Éste es un grupo que muestra estar en un riesgo extremo de infección, tanto por el intercambio de agujas como por las proporciones altas de parejas —habituales, no habituales y no comerciales y comerciales—, sin uso de condón en las relaciones sexuales (Magis Rodríguez *et al*., 2004).

Camioneros de largas distancias. Entre éstos, 74% dijo que era casado y vivía con su esposa,14% vivía con una mujer sin estar casado y 2% vivía solo. En promedio, pasaron ocho días en su casa durante el mes previo a la encuesta. Se observa poco conocimiento sobre el modo de trasmisión del VIH/sida, aunque 92% sabía que el condón protege del VIH, casi 30% tenía la creencia errónea de que el VIH puede transmitirse por picadura de mosquito y 11% se equivocó al creer que se transmite por compartir comida. El promedio de parejas sexuales en el año previo a la encuesta fue de tres. Noventa por ciento había tenido relaciones sexuales con la pareja estable con la que convivía y, entre ellos, 27% tuvo también relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y 20% con parejas ocasionales. Seis por ciento de los entrevistados dijo haber hecho favores, como “dar aventón” (llevar en el camión), a cambio de relaciones sexuales. Seis por ciento usó condón en la última relación sexual con pareja estable conviviente; con pareja estable que no convive, 42%; con pareja ocasional, 69% y con pareja comercial, 93%. Casi 70% dijo haber probado alguna droga y 1.4% dijo haberse inyectado alguna droga sin compartir jeringas (Gayet *et al*., 2007).

¿Qué podemos decir de estos hallazgos y de las prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia? A diferencia del pasado, cuando sólo se contaba con el número de casos infectados, este nuevo enfoque dirigido a conocer las prácticas de riesgo de grupos identificados como vulnerables a la epidemia señala que los hombres que tienen sexo con hombres, los hombres trabajadores sexuales, las mujeres trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas inyectables y los camioneros tienen un deficiente conocimiento sobre la transmisión del VIH/sida y, por consiguiente, de su prevención. El que una proporción significativa de las personas en estos subgrupos indique erróneamente que el VIH/sida puede transmitirse por la picadura de un mosquito o por compartir comida de alguien que tiene VIH señala la urgente necesidad de dar información básica sobre el modo de transmisión y prevención de la infección, sin la cual no se podrá reducir la incidencia de la pandemia.



La combinación de múltiples parejas y el no uso de condón son condiciones que influyen en el nivel de infección de la población. En la mayoría de los subgrupos se reporta una proporción relativamente alta de uso de condón con los clientes o la pareja ocasional; sin embargo, la protección es muy baja entre las parejas estables. Esta diferencia en el uso de condón entre parejas ocasionales y parejas estables hace que la infección se siga expandiendo. El subgrupo con mayor riesgo de infección es el de los hombres trabajadores sexuales, seguido por los HSH y los UDI. Los y las trabajadoras sexuales tienen un nivel relativamente alto de uso de condón con clientes, pero el pequeño porcentaje de relaciones sexuales con clientes sin protección los expone a un riesgo elevado de infección por las numerosas parejas que tienen en el año.

Los estudios sobre estigma y discriminación

La epidemia de VIH/sida se desarrolló desde sus inicios junto con su estigmatización. No era la primera vez que las sociedades reaccionaban ante una enfermedad infecciosa generando ideas estigmatizantes y de segregación (Spongberg, 1997), pero se ha llegado a afirmar que el sida es probablemente la enfermedad más estigmatizada de la historia (UNAIDS, 2007). Bajo la hipótesis de que el estigma y la discriminación son obstáculos para la prevención de nuevas infecciones y para una adecuada atención y tratamiento (Aggleton y Parker, 2002), en Naciones Unidas desde 1988 se ha introducido especialmente el tema en el marco del combate a la epidemia. El estigma y la discriminación han sido señalados como problemas graves no sólo por ser una ofensa al derecho humano que establece que todo individuo ha de ser tratado con dignidad, sino también por el impacto negativo que tiene en la atención a los enfermos de VIH/sida, quienes debido a esta discriminación optan por no buscar los servicios de salud que requieren (USAID, 2004; Estrada, Magis y Bravo, 2006).

En 1992, en México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos adoptó una posición con respecto al sida y, como resultado, el gobierno sancionó una norma nacional en 1995 de acuerdo con la cual el personal médico no puede realizar actos discriminatorios en contra de una persona con VIH o sida. En el año 2000, ONUSIDA solicitó a los programas nacionales de sida que comenzaran a recolectar información sobre el tema de estigma y discriminación y es así como en 2002 se lanza un paquete de actividades clave



para monitorear aspectos relacionados con el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/sida,[4] a fin de dar respuesta efectiva y sostenida mediante programas y políticas de prevención de VIH/sida, con la esperanza de lograr una reducción del estigma con acciones positivas. Los primeros temas que fueron considerados por el gobierno federal fueron los siguientes:

a] Estigma interno entre personas con VIH/sida
b] Estigma y discriminación en unidades de salud
c] Política pública y abogacía: identificación de intervenciones legales y normativas para reducir el estigma y la discriminación
d] Medios de comunicación e imágenes de personas con VIH/sida

A continuación presentaremos algunos hallazgos de estudios específicos derivados de esta iniciativa para entender la situación actual de estigma y la discriminación.

Estigma interno entre personas que viven con VIH/sida (PVV). Por medio de diversas técnicas cualitativas se obtuvo información sobre el estigma interno que sienten los hombres que tienen sexo con hombres y que son VIH-positivos. La mayoría reportó que mantiene en secreto los resultados de la prueba, lo cual se hacía difícil cuando ya había manifestaciones físicas del deterioro de la salud del individuo. Se identificó que el hecho de mantener secretos en su vida —estado de VIH/sida, orientación sexual, consumo de drogas, etc.— los hacía sentirse solos. La presencia de vergüenza, culpa y autoculpa siempre estaba presente. También se identificó que es común la pérdida de confidencialidad en los servicios de salud y en el lugar de trabajo, y que existe miedo constante a perder el trabajo. Asimismo, muchos trabajadores del sector salud asociaron VIH con muerte y ellos mismos han pensado en el suicidio como una opción en el proceso de adaptarse a su nuevo estado de salud. Los entrevistados reportaron que el apoyo familiar es vital, aunque en algunos casos hubo rechazo de su familia cercana (USAID, 2004).

Estigma y discriminación en servicios de salud y otros ámbitos sociales. Otras investigaciones estudiaron el estigma y la discriminación en los servicios de salud para identificar barreras al acceso y al uso de los servicios de salud. En un trabajo realizado por científicos del Instituto Nacional de Salud Pública se recolectó información de 373 profesionales de la salud que

[4] Proyecto a cargo de Censida, el Instituto Nacional de Salud Pública y Policy and Measure Evaluation Projects.



trabajaban en hospitales, centros de salud y clínicas, y el resultado fue la evidencia de la existencia de estigma en los proveedores de salud (USAID, 2004; Infante *et al.*, 2006). Entre los proveedores entrevistados, 75% recibió capacitación relacionada con el VIH sida y, a pesar de este entrenamiento, mostró un gran desconocimiento sobre la forma de transmisión de la infección y la confidencialidad de la prueba, entre otros aspectos. Aproximadamente un cuarto de los profesionales de la salud piensa que la homosexualidad es la causante del sida en México y 75% piensa que las personas que viven con VIH/sida (PVV) son culpables de su condición. Veinticinco por ciento de los entrevistados reportó que ser VIH positivo es lo mismo que tener sida y 8% no sabía que una persona VIH positiva asintomática puede transmitir el VIH (Infante *et al.*, 2006). El estigma entre los profesionales de la salud está ampliamente presente y tiene influencia en el trato y calidad del servicio que se da al paciente con VIH/sida. Se encontró que más de 25% indicó que no compartiría casa con un homosexual, 13% no compartiría casa con alguien que tiene sida y 23% no compartiría comida con una persona que vive con VIH/sida. El extremo del estigma y la discriminación se observó en las respuestas de 16% de los profesionales de la salud que sugirieron prohibir su ingreso a servicios públicos. Este estigma demora los procedimientos quirúrgicos de las personas que viven con VIH/sida, lo cual se observó como práctica constante. Otra falla que se encontró en los proveedores de salud es la falta de confidencialidad respecto a los resultados de la prueba de diagnóstico. Se detectó que sólo 89% de los profesionales de la salud opina que se debe guardar la confidencialidad y que 38% cree que los patrones laborales tienen derecho a conocer la condición de sus empleados. En estas condiciones, la prueba se convierte en un instrumento discriminatorio importante (Infante *et al.*, 2006). Por ejemplo, la población HSH con VIH positiva reporta un mayor maltrato y temor en los servicios de salud, y mayor aislamiento en el ámbito familiar que los VIH negativos (Gayet *et al.*, 2007). Asimismo, una proporción significativa de hombres y mujeres trabajadores sexuales siente necesario ocultar su actividad cuando va a los servicios de salud por temor a la discriminación (Gayet *et al.*, 2007).

La discriminación está presente en muchos ámbitos sociales. Reportes de trabajadores sexuales indican que habían sufrido algún tipo de abuso o maltrato en el año previo y fue la policía la figura más mencionada como autor del maltrato. Pero la mayor discriminación ha sido identificada en el ámbito escolar, si bien el laboral e incluso el familiar también fueron mencionados (Gayet *et al.*, 2007). Estos hallazgos relativos a México muestran



que existen en el país el estigma y la discriminación contra los HSH, los trabajadores sexuales y aquellos que viven con VIH/sida. El gobierno de México ha iniciado acciones para capacitar a los profesionales de la salud para evitar que aquellos que requieran de los servicios se vean impedidos por temor a la discriminación. Es muy pronto aún para saber si estas iniciativas han funcionado, pero debe insistirse en que desde el año 2002 existe un compromiso por parte del gobierno federal (Censida) para reducir el estigma y la discriminación en los proveedores de salud y en la población (USAID, 2004).

LAS POLÍTICAS PARA EL VIH/SIDA

La epidemia de VIH/sida ha trastornado el panorama mundial. No existe ningún país en el planeta que no tenga casos de sida. En el inicio no se predijeron los efectos en mortalidad y morbilidad o las consecuencias devastadoras sociales y económicas que más tarde se experimentaron. Han surgido múltiples esfuerzos para dar respuesta a los factores sociales relacionados con la prevención del VIH, tales como comportamientos sexuales, uso de drogas, desigualdades de género y el estigma y la discriminación, y se ha logrado la movilización de las comunidades afectadas. Sin embargo, por muchos años la respuesta fue escasa y muy espaciada. Recién en los últimos años ha habido una reacción internacional de prevención y atención, principalmente debido a la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales y al incremento sustantivo de los recursos que han sido aportados por donantes mediante de distintos mecanismos de financiamiento (Merson *et al*., 2008).

En el desarrollo histórico de la epidemia de VIH/sida han existido diversas estrategias de prevención y atención, desde la falta de reconocimiento de la enfermedad en el origen, luego el descubrimiento de la transmisión por vía sanguínea, hasta la esperanza de una vacuna que ahora está lejos de lograrse y el ensayo de métodos preventivos como los microbicidas para las mujeres, que están siendo desechados después de varias pruebas clínicas. Dado que aún no se han encontrado medicamentos que curen la infección, se requiere de un movimiento urgente y global revitalizado para la prevención del VIH, que se apoye en una combinación de enfoques de comportamiento, estructurales y biomédicos basados en la evidencia científica y la sabiduría y la titularidad de las comunidades (Merson *et al*., 2008). Cada vez más se reconoce la necesidad de que las acciones sean evaluadas para



tener la oportunidad de corregir el rumbo en caso de que no tengan el impacto esperado.

El inicio de la epidemia de VIH/sida en México motivó una activa participación de diversos sectores: público, privado y de la sociedad civil. La primera respuesta pública fue la atención médica de las primeras personas que mostraron síntomas de sida, en el Instituto Nacional de la Nutrición y en el IMSS. El siguiente paso fue la creación en ese primer año de epidemia de una oficina en la Secretaría de Salud que llevaba el registro de los casos del país. Otra de las primeras medidas fue la prohibición de la comercialización de la sangre y sus derivados, ante el descubrimiento de la acelerada difusión del virus en los centros privados de plasmaféresis. Esta fuerte medida decidida en el más alto nivel político del país (el Presidente), que iba contra los intereses creados de los dueños de los bancos de sangre, determinó de manera fundamental el curso de la epidemia (Volkow, Soberón y Marín, 2008). Se ha señalado que fue una de las medidas fundamentales que hicieron que la epidemia no creciera exponencialmente (Del Río y Sepúlveda, 2002), pero también que hubo demoras en la creación del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, que era el organismo destinado a regular estas actividades (Morales Aché, 2008).

En 1985 se hizo disponible en el país la prueba reactiva para detección de los anticuerpos al VIH, lo que permitió realizar las primeras encuestas epidemiológicas a fin de evaluar la situación de la epidemia en distintos sectores de la población. En 1986 inició sus funciones el Comité Nacional de Prevención del sida, con el objetivo de realizar actividades de investigación, diagnóstico y registro de casos (Rivera, Magis y Saavedra, 2005) y ese mismo año se determinó la obligatoriedad del tamizaje a todos los donadores de sangre (Volkow *et al.*, 2008). En 1987 se incluyó el sida en la lista de enfermedades de notificación obligatoria, lo que permitió contar con un registro nacional y estimar el curso de la epidemia.

En 1988 se transformó el Comité Nacional y se creó por decreto presidencial, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el día 24 de agosto de 1988, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (Conasida) para "promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia [...], así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan", siendo un órgano colegiado de coordinación inter e intrasectorial (Rivera, Magis y Saavedra, 2005). En el año 2001 hubo una reestructuración de este organismo y se crearon de forma separada el Consejo como órgano colegiado y el Centro



Nacional, como instancia normativa y ejecutiva (Conasida y Censida) (Rivera, Magis y Saavedra, 2005). De acuerdo con Del Río y Sepúlveda (2002), la respuesta nacional fue temprana y fuerte y se lograron grandes éxitos en prevención en dos áreas: el control de las infecciones por transfusiones y la prevención mediante el uso del condón en trabajadoras sexuales.

Otro ámbito donde se obtuvieron logros a lo largo del tiempo es en la universalidad de la atención de las personas con sida. Si bien en un principio sólo pocos podían costear los medicamentos y el Estado no garantizaba el suministro (Bautista-Arredondo, Mane y Bertozzi, 2006), a partir del año 2003 se alcanzó la cobertura universal antirretroviral, siendo el gobierno el responsable de otorgar medicamentos para todas las personas que no fueran derechohabientes (es decir, que no estuvieran cubiertas por instituciones públicas como el IMSS, el ISSSTE, etc.) (Rivera, Magis y Saavedra, 2005). Sin embargo, se ha sostenido que existen problemas de calidad en la capacitación de los médicos tratantes, y en muchos casos las decisiones de tratamientos se toman de manera inadecuada (Bautista-Arredondo, Mane y Bertozzi, 2006).

Uno de los principios seguidos por el gobierno federal para llevar a cabo las políticas de prevención y atención del VIH/sida ha sido el trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil. En la epidemia de VIH/sida las organizaciones sociales impulsaron y presionaron a los gobiernos para que la política fuera cada vez más amplia e inclusiva. Se hizo evidente la necesidad de que las personas de estas poblaciones no fueran vistas sólo como pacientes, sino que debían participar activamente en la solución de los problemas. Es por eso que uno de los objetivos del Programa de Acción en Respuesta al VIH/sida e ITS para el periodo 2007-2012 es fortalecer la participación de la sociedad civil y las personas que viven con VIH en los programas de prevención, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia en poblaciones clave (Córdoba, Ponce de León y Valdespino, 2008).

Por medio de distintas instituciones gubernamentales se han logrado avances en el diseño e implementación de políticas para la prevención y eliminación de la discriminación por orientación sexual o ser portador de VIH/sida. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) y el Censida han firmado acuerdos de colaboración para promover los derechos humanos y prevenir y castigar actos de discriminación a personas que viven con VIH/sida. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) considera cualquier acción violatoria de los derechos humanos de las PVV como urgentes, y tiene un programa especial de VIH. El Conapred



prioriza la prevención de la discriminación en los ámbitos escolar y laboral. El Censida ha instaurado campañas masivas contra la discriminación de las personas que viven con VIH/sida (PVV) y la homofobia.

El reto de las políticas actuales es lograr una amplia educación sexual que aporte los conocimientos necesarios para la prevención sistemática por medio del uso del condón para toda la población, un mayor acceso a los métodos preventivos para las prácticas sexuales y de inyección, una amplia cobertura de la prueba diagnóstica en condiciones de voluntariedad y confidencialidad, y la atención universal de calidad para todas las personas.

CONCLUSIONES

A más de 25 años de que se diagnosticó el primer caso de sida en el mundo y en México, la epidemia de VIH/sida sigue avanzando. La epidemia en México se considera estable y concentrada, porque la transmisión ocurre en subpoblaciones con prácticas de mayor exposición al riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y personas que usan drogas inyectadas). La prevalencia de VIH en la población general se ha estimado en 0.3%, pero en algunos grupos específicos de la población es mayor a 5%. Sin embargo, ésta ha variado en el tiempo con respecto a sus características fundamentales (distribución por sexo y edad, geográfica, por forma de transmisión, por tiempo de sobrevivencia después de la infección, etc). En el reporte de casos de sida acumulados en el país se advierte que se han infectado más los hombres, pero que la infección de mujeres ha ido en ascenso. En el pasado, al inicio de la epidemia, se dio de manera significativa la transmisión derivada de transfusiones sanguíneas y ahora la forma de transmisión predominante es la sexual. En todos los estados del país se han reportado casos de sida y, aunque la tendencia y velocidad de la epidemia varía entre los estados, en aquellos donde la epidemia comenzó más tarde se muestra un incremento mayor de casos hacia 2005, como en Chiapas y Oaxaca. En cambio, en los estados donde la epidemia empezó más tempranamente los casos de sida han estado creciendo menos, como en el Distrito Federal y Jalisco.

Para dar respuesta de forma más acertada hacia el año 2000 se desarrolló una nueva visión del monitoreo de la epidemia, en la que no sólo es importante captar el número de casos de sida sino también conocer las prácticas generadoras de riesgo de la población. Se han realizado varios estudios que permiten describir mejor la situación actual de riesgo en



grupos específicos más vulnerables. Algunos de los principales hallazgos de estos estudios muestran que los hombres que tienen sexo con hombres tienen una proporción importante de parejas ocasionales, con quienes alrededor de un quinto no usó condón. Entre las mujeres trabajadoras sexuales, las investigaciones indican que si bien la mayoría usa condón con sus clientes, muy pocas lo usan con su pareja estable. Una buena parte de los hombres trabajadores sexuales tiene relaciones tanto con hombres como con mujeres y uno de cada tres no usó condón con su pareja estable. Aunque el porcentaje de uso de condón en estos grupos es relativamente alto, debido al gran número de parejas que tienen, particularmente entre los hombres y las mujeres trabajadores sexuales, el riesgo se vuelve muy grande en aquellos que no se protegen. Además, muchas personas muestran gran desconocimiento de las formas de transmisión y prevención de la infección. Aunque existen políticas dirigidas a reducir la infección y la epidemia se mantiene constante, es urgente continuar con las acciones y medidas de prevención que permitan a las personas tener la educación necesaria y la disposición de los instrumentos.

Por otra parte, un problema que se ha identificado como grave es el estigma y discriminación, no sólo por ser una ofensa al derecho humano que todo individuo tiene de ser tratado con dignidad, sino también por el impacto negativo que tiene en la atención a las personas que viven con VIH/sida. Diversos estudios muestran cómo el estigma es una barrera para el acceso y el uso de los servicios de salud.

El gobierno de México ha iniciado acciones para capacitar a los profesionales de la salud a fin de evitar que aquellos que requieran de los servicios se vean impedidos por temor a la discriminación. Asimismo, se han desarrollado campañas en los medios masivos para evitar la discriminación contra las PVV. Pero reducir el estigma y discriminación en los proveedores de salud y en la población no es tarea fácil, pues significa cambiar aspectos de la forma de socialización y del sistema de poder, lo cual exige grandes esfuerzos para lograr la aceptación de la diversidad.

De igual manera, con respecto a la prevención, se han dirigido esfuerzos para dar información, pero, nuevamente, estamos ante cambios de nivel cultural, ya que no es suficiente saber que el condón protege contra el VIH/sida, sino que se tendría que modificar la cultura, las relaciones de género y modificar las creencias adquiridas en la socialización de las personas. Es decir, que lo que se requiere para un control total de la epidemia es un cambio profundo de la sociedad.



Son muchos los retos y de diversa naturaleza para lograr una eficaz reducción de la infección del VIH/sida. Desde el ámbito de la investigación científica, hay que avanzar para obtener mayores conocimientos sobre los antirretrovirales y para aquellos que ya existen, pero falta saber con mayor precisión su efecto a largo plazo. Se precisan avances metodológicos que permitan, por un lado, captar el comportamiento de riesgo de los individuos de manera estadísticamente representativa, pero que tengan diseños y procedimientos más fáciles que los desarrollados hasta el momento. Se necesita continuar con la importante inversión de fondos para atender a este problema de salud, pero su distribución demanda una adecuada racionalización. Las políticas no pueden desarrollarse independientemente de la sociedad civil, por lo que es fundamental que las comunidades relacionadas con el VIH/sida participen en su diseño, desarrollo y ejecución, pero no debe descuidarse que el elemento central para una eficaz lucha contra la epidemia es la voluntad política.

REFERENCIAS

Aggleton, P., y R. Parker, 2002. *A Conceptual Framework and Basis for Action: HIV/AIDS Stigma and Discrimination. World AIDS Campaign 2002-2003*. Ginebra, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

AVERT, 2008. *Introducción al tratamiento de VIH y sida* (en línea) s.f. Disponible en <*http://www.avert.org/tratamiento-vih-sida.htm*> (consultado el 15 de marzo de 2008).

Bautista-Arredondo, S., A. Mane y S. Bertozzi, 2006. Economic impact of antiretroviral therapy prescription decisions in the context of rapid scaling-up of access to treatment: Lessons from Mexico, *AIDS* **20** (1): 101-109.

CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), 2008a. *VIH/sida: Información básica* (en línea) s.f. Disponible en <*http://www.cdc.gov/hiv/spanish/topics/basic/index.htm*> (consultado el 15 marzo de 2008).

CDC, 2008b. *National HIV and STI Testing Resources, Frequently Asked Questions* (en línea) s.f. Disponible en <*http://www.hivtest.org/faq.cfm*> (consultado el 15 marzo de 2008).

Córdoba Villalobos, J.Á., S. Ponce de León Rosales y J.L. Valdespino (eds.), 2008. *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

Del Río, C., y B. Sepúlveda, 2002. AIDS in Mexico: Lessons learned and implications for developing countries, *AIDS* **16** (11): 1445-1457.

Estrada Márquez, F., C. Magis Rodríguez y E. Bravo García, 2006. Estigma y dis-



criminación en hombres que tienen sexo con hombres, en C. Magis, H. Barrientos Bárcena y S. Bertozzi Kenefick (eds.), *Sida: aspectos de salud pública*. México, Censida-Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 97-103.

FHI, 2000. *Behavioural Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington.

Frenk, J., J.L. Bobadilla, C. Stern y R. Lozano, 1991. Elements for a theory of the health transition, *Health Transition Review* **1** (1): 21-38.

Gayet, C., y C. Magis Rodríguez, 2000. Inmigración y sida en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México, *Economía, Sociedad y Territorio* **II** (8): 641-686.

Gayet, C., C. Magis, D. Sacknoff y L. Guli, 2007. *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/sida en México.* México, Censida-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México.

Hacker, M., A. Kaida, R. Hoggy y F. Bastos, 2007. The first ten years: Achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006, *Cadernos de Saúde Pública* **23** (Sup. 3): S345-S359.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), 2007. *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el sida* (en línea). Disponible en <*http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/sida07.pdf*> (consultado el 17 de octubre de 2008).

Infante, C., A. Zarco, S. Magali-Cuadra, K. Morrison, M. Caballero, M. Bronfman y C. Magis, 2006. El estigma asociado al VIH/sida: el caso de los prestadores de servicios de salud en México, *Salud Pública de México* (48): 141-150.

Knoll, B., B. Lassmann y Z. Temesgen, 2007. Current status of HIV infection: A review for non-HIV-treating physicians, *International Journal of Dermatology* **46** (12): 1219-1228.

Magis Rodríguez, C., C. Gayet, J.P. Gutiérrez, F. Juárez, S. Bertozzi, S. Noriega, E. Bravo, C. Pervilhac y J. García Calleja, 2004. A new approach HIV/AIDS surveillance: The Mexican experience, en *International Proceedings of the XV International AIDS Conference*. Boloña, Medimond, pp. 57-60.

Magis Rodríguez y M. Hernández, 2008. Epidemiología del sida en México, en J.Á. Córdoba Villalobos, S. Ponce de León y J.L. Valdespino (eds.), *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 85-103.

Merson, M.H., J. O'Malley, D. Serwadda y C. Apisuk, 2008. The history and challenge of HIV prevention, *Lancet* **372** (9637): 475-487.

Morales Aché, P.I., 2008. Aspectos legales del VIH/sida, en J.Á. Córdoba Villalobos, S. Ponce de León Rosales y J.L. Valdespino (eds.), *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 259-274.



Nahmias, A.J., J. Weiss, X. Yao, F. Lee, R. Kodsi, M. Schanfield, T. Matthews, D. Bolognesi, D. Durack, A. Motulsky, P. Kanki y M. Essex, 1986. Evidence for human infection with an HTLV-III/LAV-like virus in central Africa, 1959, *Lancet* **1** (8492): 1279-1280.

Omran, A. 1971. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly* **XLIX**: 509-538.

ONUSIDA y OMS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Organización Mundial de la Salud), 2007. *Situación de la epidemia de sida. Informe especial sobre la prevención del VIH*. Diciembre de 2007. Ginebra.

ONUSIDA y OMS, 2008. *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008*. Ginebra.

OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2006. *¿Qué es el sida?* (en línea). Disponible en <*http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sida.pdf*> (consultado el 15 de marzo de 2008).

Ponce de León, S., A.E. Macías, A. Cruz *et al*., 1988. Los primeros cinco años de la epidemia de sida en México: experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, *Salud Pública de México* **30** (4): 544-554.

Rivera, P., C. Magis y J. Saavedra, 2005. Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/sida y su impacto en la salud pública de México, en E. Zúñiga Herrera (coord.), *México ante los desafíos de desarrollo del milenio*. México, Consejo Nacional de Población, pp. 237-260.

Secretaría de Salud, 2007. *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*. México.

Shernoff, M., y R.A. Smith, 2001. HIV treatments: A history of scientific advance, en *The Body* (en línea). Disponible en <*http://www.thebody.com/content/art30909.html*> (consultado el 15 de marzo de 2008).

Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease*. Londres, Macmillan Press.

Stanislawski, E., C. Ibarra Pérez, O. Narváes Porra y J. Elizalde González, 1984. Un caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida de sujeto homosexual masculino en México. Aspectos microscópicos y ultraestructurales, *Revista Médica del IMSS* (22): 121-126.

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2008. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: A collaborative analysis of 14 cohort studies, *Lancet* **372** (9635): 293-299.

UNAIDS, 2007. *Reducing HIV Stigma and Discrimination: A Critical Part of National AIDS Programmes*, Ginebra. Disponible en <*http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1420-stigmadiscrimi_en.pdf*>.

UNAIDS/WHO (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS y World Health Organization), 2000. *The Next Decade, Second Generation Surveillance Guidelines*. Ginebra.

USAID (United States Agency for International Development), 2004. *Reduction of Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS in Mexico*, Policy Project Core Package, Final Report.



Vargas-Infante, Y., M.L. Guerrero, G.M. Ruiz-Palacios, L.E. Soto-Ramírez, C. del Río, J. Carranza, G. Domínguez-Cherit, J.G. Sierra-Madero, 2007. Improving outcome of human immunodeficiency virus-infected patients in a Mexican intensive care unit, *Archives of Medical Research* (38): 827-833.

Volkow, P., A. Villasis, P. Cornejo y J. Sierra-Madero, 2007. Rapid scaling-up of access to antiretroviral therapy in Mexico: Is it better not to treat?, *AIDS* **21** (2): 261-262.

Volkow, P., G. Soberón Acevedo y A. Marín López, 2008. La prevención de la transmisión sanguínea, en J.Á. Córdoba Villalobos, S. Ponce de León Rosales y J.L. Valdespino (eds.), *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 59-72.

Zhu, T., B. Korbert, A. Nahmias, E. Hooper, P. Sharp y D. Ho, 1998. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic, *Nature* (391): 594-597.

Zwahlen, M., y M. Egger, 2006. *Progression and Mortality of Untreated HIV-positive Individuals Living in Resource-limited Settings: Update of Literature Review and Evidence Synthesis*. Ginebra, UNAIDS.



Cuadro AE-5.1. Casos acumulados de sida por causa de transmisión y año de diagnóstico en la población masculina

Año de diagnóstico	*Causa de transmisión*									
	Homosexual	*Bisexual*	*Heterosexual*	*Sanguínea*	*Hemofilia*	*Donador*	*UDI*	*Exposición ocupacional*	*Perinatal*	*HSH-UDI*
1983	38	11	2	0	0	0	0	0	0	2
1984	93	32	13	0	1	0	0	0	0	4
1985	223	100	41	5	4	0	0	0	0	9
1986	491	237	92	43	13	2	6	0	3	21
1987	1 044	574	241	123	52	27	8	0	8	30
1988	1 651	1 035	512	268	77	92	19	0	24	39
1989	2 348	1 573	897	396	117	156	34	1	51	55
1990	3 006	2 025	1 324	486	165	194	49	1	74	73
1991	3 785	2 542	1 844	581	196	221	70	1	107	108
1992	4 708	3 167	2 509	723	196	259	100	1	134	154
1993	5 589	3 810	3 251	815	213	276	137	1	166	177
1994	6 690	4 515	4 131	905	222	296	168	3	195	199
1995	7 701	5 209	5 055	973	230	308	193	4	225	201
1996	8 685	5 819	5 976	973	233	311	215		254	204
1997	9 827	6 537	7 036	974	235	315	229		293	205
1998	10 622	7 073	7 916		242	316	246		334	205
1999	11 426	7 715	9 092				260		371	205
2000	12 370	8 450	10 526				278		425	210
2001	13 514	9 308	12 337				311		484	210
2002	14 603	10 192	14 337				329		567	213
2003	15 802	11 079	16 433				357		623	215
2004	17 050	11 989	18 514				402		677	220
2005	18 189	12 869	20 592				506		746	228
2006	19 300	13 796	22 515				644		797	232
2007	20 081	14 406	23 828				758		839	238

Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).



Cuadro AE-5.2. Casos acumulados de sida por causa de transmisión y año de diagnóstico en la población femenina

Año de diagnóstico	*Causa de transmisión*					
	Heterosexual	*Sanguínea*	*Donador*	*UDI*	*Exposición ocupacional*	*Perinatal*
1984	2	10	0	0	0	0
1985	11	14	0	0	0	0
1986	30	61	0	1	0	3
1987	82	192	5	3	0	5
1988	173	390	17	4	0	30
1989	318	571	24	7	1	42
1990	469	719	30	9	1	59
1991	648	868	36	12	1	76
1992	900	1 026	41	15	1	95
1993	1 173	1 137	46	17	1	128
1994	1 465	1 218	46	21	2	169
1995	1 761	1 275	48	26	4	195
1996	2 123	1 278	49	30		241
1997	2 529	1 278	51	34		289
1998	2 955	1 278	52	37		316
1999	3 459	1 278		40		363
2000	4 168	1 278		40		412
2001	5 076	1 278		43		476
2002	6 067	1 278		45		550
2003	7 176	1 278		52		621
2004	8 304	1 279		56		678
2005	9 397			63		735
2006	10 487			81		798
2007	11 229			93		847

Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).



Cuadro AE-5.3. Proporción de cambio entre periodos de casos acumulados de sida en hombres, por entidad federativa*

Entidad federativa	*Inicio a 1990*	*1990-1995*	*1995-2000*	*2000-2005*
Aguascalientes	35	3.2	1.2	0.5
Baja California	56.4	2.6	1.6	0.5
Baja California Sur	–	3.4	1.2	0.6
Campeche	19	3.9	2.1	0.9
Chihuahua	11.5	2	1.5	0.8
Chiapas	–	6	2.5	1.3
Coahuila	56.3	1.7	0.8	0.5
Colima	6	2.3	1.6	0.9
Distrito Federal	157.4	1.5	0.7	0.3
Durango	–	2.2	1.2	0.6
Guerrero	78	2.8	1.2	0.6
Guanajuato	137	2.7	1.6	0.6
Hidalgo	31	3	1.1	0.6
Jalisco	156.7	1.8	0.8	0.3
México	325	2	0.7	0.4
Michoacán	69.7	2.8	1	0.5
Morelos	64.7	2	0.9	0.6
Nayarit	95	2.4	1	0.6
Nuevo León	161	1.7	1.1	0.5
Oaxaca	34.7	4.6	1.4	0.8
Puebla	105	3.2	1.1	0.5
Quintana Roo	21.5	3.2	2.7	0.6
Querétaro	–	4	1.2	0.6
Sinaloa	17.5	2.6	1.2	0.7
San Luis Potosí	52.5	1.8	1	0.7
Sonora	22.3	4	1.1	0.9
Tabasco	13.3	3	2.7	0.8
Tamaulipas	12.8	2	1.2	0.7
Tlaxcala	4.3	3	1.1	0.6
Veracruz	544	2.1	1.6	0.7
Yucatán	48	2.2	1.4	0.5
Zacatecas	44	2.7	0.9	0.5

* Casos acumulados al momento 2 menos casos acumulados al momento 1 entre casos acumulados al momento 1: (ca2-ca1)/ca1.
Fuente: cálculos propios con base en SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA (datos al 10 de abril de 2008).



Cuadro AE-5.4. Proporción de cambio entre periodos de casos acumulados de sida en mujeres, por entidad federativa*

Entidad federativa	*Inicio a 1990*	*1990-1995*	*1995-2000*	*2000-2005*
Aguascalientes	–	1.6	2.3	0.9
Baja California	12.3	2.7	2.6	0.6
Baja California Sur	–	–	2.4	0.9
Campeche	–	8	2.4	1.2
Chihuahua	13	2.2	3.2	1.2
Chiapas	–	3.1	3.4	1.7
Coahuila	–	2.2	1.6	0.7
Colima	–	0.5	2.2	1.2
Distrito Federal	120	1.6	0.8	0.3
Durango	–	1.9	2.9	0.8
Guerrero	–	2.7	1.7	1
Guanajuato	37	1.6	1.7	0.6
Hidalgo	17	2.5	1.1	0.8
Jalisco	37.4	1.4	0.6	0.2
México	73	1.6	0.8	0.4
Michoacán	31	3.1	1.3	0.7
Morelos	57	2.1	0.9	0.7
Nayarit	17	2.7	0.9	0.7
Nuevo León	21	2	2.2	0.6
Oaxaca	–	7.5	1.8	1.3
Puebla	126	2.6	0.9	0.4
Quintana Roo	6	2.7	3.9	1
Querétaro	–	32	1.5	0.9
Sinaloa	19	2.3	1.3	0.9
San Luis Potosí	–	2.4	1	0.8
Sonora	–	3.6	1.5	1.3
Tabasco	–	4.2	4.2	1
Tamaulipas	22	2.6	1.7	0.9
Tlaxcala	–	1.8	0.9	0.5
Veracruz	–	3.3	2.8	1.2
Yucatán	22	1.9	2.3	0.8
Zacatecas	–	6	1.2	0.5

* Casos acumulados al momento 2, menos casos acumulados al momento 1, entre casos acumulados al momento 1: (ca2-ca1)/ca1.

Fuente: SSA/DGE, Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 10 de abril de 2008).



6
HACIA UN NUEVO MODELO DE NUPCIALIDAD

*Julieta Quilodrán**

CONTENIDO

Introducción 174
Siglo XX: una institucionalización matrimonial inconclusa 179
La vida en pareja y el celibato, 184; Distribución de la población según naturaleza de la unión, 185; Tasas brutas de nupcialidad 1893-2006, 187
De los atisbos a la afirmación de los cambios en la nupcialidad 191
Estructura por grandes categorías de estado civil, 192; Los solteros por edad, 193; Edades promedio de la primera unión, 196; Las uniones libres: ¿una explicación del alza de uniones en edades jóvenes?, 198; La viudez y su importancia relativa en el periodo 1930-2000, 200
La disolución voluntaria de las uniones conyugales 201
La disolución por duración y cohorte, 201; Diferenciales de las proporciones de divorcios y de separaciones por sexo, 203
¿Qué parejas y qué familias en el siglo XXI? 204
Referencias 208
Apéndice estadístico 212

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*jquilo@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

El conocimiento acumulado alrededor de la formación de las parejas conyugales y de la fecundidad apunta hacia cambios sustanciales en la organización de la vida en familia y, en términos más generales, en los modos de reproducción de la población. Las formas de establecerse y conducir la vida en pareja están en transformación en México, así como en muchas otras partes del mundo. El hecho de que el matrimonio, como uno de los ejes organizadores más importantes de la vida en sociedad, haya venido perdiendo vigencia en las últimas décadas preocupa a muchos sectores de la población. Algunos leen estos signos como una evidencia más de la decadencia que está azotando a la sociedad y buscan reestablecer un modelo de familia tradicional, asentado en principios a los cuales la evidencia científica muestra que las poblaciones nunca se ajustaron de manera estricta. Tal vez lo nuevo es la velocidad de los cambios que exige, en la actualidad, el proceso al cual la familia ha estado sometida de manera permanente.

El tema de la familia se vuelve, sin duda, cada vez más complejo y esto incluye desde su propia definición. Hasta ahora ha sido vista como un grupo de personas ligados entre sí por parentesco, corresidencia y labores realizadas en común (Laslett, 1993). Estas características han sido recuperadas por las definiciones incorporadas en gran parte de los instrumentos de captación de información. El parentesco significa tener lazos de consanguinidad o de afinidad, generalmente con el jefe del hogar; corresidir implica dormir bajo un mismo techo y compartir labores involucra tanto a la reproducción biológica como a las tareas cotidianas. Sin embargo, estos criterios no son suficientes para dar cabida a la estructura familiar actual. A la remoción o modificación de alguno de estos criterios se suman los efectos que está teniendo la interferencia de otros fenómenos demográficos tales como fecundidad, mortalidad y migración sobre la reorganización de la familia. El descenso de la fecundidad reduce el número de sus integrantes y, de paso, la densidad de las redes familiares; el descenso de la mortalidad obliga, a veces, a incorporar al núcleo familiar a los padres ancianos y, la migración, en especial la emigración, priva a menudo a la familia de uno o más miembros por un tiempo más o menos prolongado. Las tensiones que provocan todos estos aspectos se manifiestan a escala tanto individual como familiar y de la sociedad en su conjunto, exigiendo nuevas formas para abordarlos y, en consecuencia, información y metodologías de análisis distintas.



Lo que estamos observando en México es, en realidad, la conjunción de una dinámica demográfica que sufrió grandes convulsiones durante el siglo XX, cuando se produjo la transición entre dos regímenes demográficos: "[de] uno consumidor de vidas, porque nacían muchos pero también morían muchos, a otro ahorrador de vidas en el cual nacen pocos pero mueren también pocos" (Livi-Bacci, 1994). Esta transición estuvo a su vez acompañada de una fuerte movilidad de la población, expresada en migraciones tanto internas como internacionales. La modificación de la estructura por edades, producto primero de la prolongación de la esperanza de vida y, luego, del descenso de la fecundidad que comenzó hace 40 años y que ha incrementado la coexistencia de varias generaciones dentro de una misma familia, acortando los tiempos de los adultos dedicados a la crianza de los hijos, pero prolongando aquellos de atención a los padres. Las generaciones que tenían entre 25 y 60 años en el año 2000 nacieron entre 1940 y 1975, es decir, en el periodo en que más se redujo la mortalidad y arrancó el descenso de la fecundidad. Por estas razones, se trata de generaciones que sobrevivieron más tiempo y que fueron, por esto mismo, más abundantes que las que les precedieron. Estas generaciones "llenas" dieron origen, a su vez, a generaciones todavía más numerosas cuyos integrantes están ahora llegando a la treintena.

Lo anterior significa que por el momento existe todavía un elevado número de "padres" para cuidar un contingente relativamente menor de "hijos", pero con una cantidad comparativamente mayor de "abuelos" que en el pasado. Esta situación, que podríamos calificar de favorable en lo que atañe a la posibilidad de asumir el cuidado de las personas mayores, terminará cuando los integrantes de las generaciones proporcionalmente más reducidas, que hoy tienen menos de 20 años, la de los "hijos", comiencen a llegar a las edades en que tengan que enfrentar estas obligaciones.

Por otra parte, tenemos que son las mismas generaciones que exhibieron un comportamiento pionero (Juárez y Quilodrán, 1990; Quilodrán y Juárez, 2009) en cuanto al descenso de la fecundidad y postergación de la edad de las mujeres a la primera unión —aquellas nacidas a comienzos de los años cuarenta— las que primero comenzaron también a incrementar la disolución voluntaria (separaciones y divorcios) de sus uniones (Gómez, 2006). Nos estamos refiriendo, entonces, a las mujeres que ingresaron en uniones y tuvieron sus primeros hijos en los años sesenta y que fueron las mismas que incrementan el nivel de interrupción de sus primeras uniones. Estos hechos nos permiten afirmar que esa década constituyó un verdadero



parteaguas en lo que respecta a la dimensión y estabilidad de las familias. El descenso de la mortalidad prolongó la esperanza de vida de las parejas (Quilodrán y Zavala de Cosío, 1996), pero estas ganancias en el número promedio de años de vida en común se vieron parcialmente contrarrestadas por el incremento de las disoluciones voluntarias.

La separación y el divorcio (disolución voluntaria) no constituyen fenómenos nuevos, siempre han estado presentes en la sociedad, lo que ha variado es su intensidad. De fenómeno marginal se han convertido en uno de los mayores cambios que afecta a la familia en la actualidad. De hecho, la prolongación de la esperanza de vida de las personas abre al mismo tiempo la posibilidad de una mayor sobrevivencia de las parejas, pero también la de una elevación en la disolución del vínculo conyugal al incrementarse el tiempo en que los cónyuges están expuestos al riesgo de que surjan conflictos entre ellos. Si a este hecho añadimos cambios en otras esferas de la vida de los individuos y de la sociedad en su conjunto resulta más comprensible la expansión de la inestabilidad conyugal.

La pareja conyugal actual se inscribe en una realidad marcada por una individuación creciente donde el objetivo es encontrar —como lo expresaba Roussel ya en 1984— "una correspondencia entre los intereses de dos individuos" (Roussel, 1984). En este sentido, lo esencial, el fundamento de la pareja, radica en la relación emocional que se establece entre ambos (McDonald, 1985) y de ahí deriva, justamente, su vulnerabilidad. Poco a poco, las normas sociales se han ido flexibilizando en este ámbito y en muchos otros para dar mayor cabida a las decisiones individuales. De este modo, el modelo de pareja que se va afirmando es uno cuya existencia puede llegar al extremo de prescindir de la reproducción biológica. Otro elemento que está presente en la sociedad actual y que contribuye también a fragilizar a la familia es la existencia de un número creciente de mujeres con escolaridad lo suficientemente elevada para conseguir ingresos que les permita sostener a sus hijos o, simplemente, dar por terminada una relación de pareja que no le satisface. El empoderamiento de la mujer que esto significa obliga a un reacomodo en los roles tradicionales de los cónyuges en el ámbito intrafamiliar. Durante esta transición los conflictos se recrudecen, como ya lo expresamos, y no es de extrañar que la vida conyugal se fragilice. Se trata de una consecuencia previsible pero, aun así, resistida.

Las sociedades no están prescindiendo de las uniones conyugales a pesar del aumento de los divorcios y de las separaciones. La vida en pareja persiste, lo que se está en realidad transformando es la dinámica de esta convivencia



como resultado de los cambios recién señalados. Una mayor tolerancia de la sociedad hacia una vida sexual premarital, maneras menos formales de unirse, nacimientos de hijos fuera de matrimonio, así como hacia la consideración de las separaciones y divorcios como soluciones menos graves que el mantenimiento de relaciones conyugales deterioradas, conforman un conjunto de cambios cuyas repercusiones comienzan a plasmarse en dinámicas familiares distintas de las conocidas en tiempos relativamente recientes.

Las transformaciones de las trayectorias conyugales acaban modificando la organización familiar en la sociedad. Así, tenemos que la ruptura o disolución de una unidad familiar simple, producto de la formación de una pareja en primeras nupcias, puede convertirse, con el transcurso del tiempo, en dos o más unidades. Esto debido a que cada uno de los ex cónyuges puede contraer nuevas nupcias y volver a tener hijos con su nueva pareja. Si las nuevas parejas con las cuales se casan o cohabitan aportan a su vez hijos de unión(es) anterior(es), además de los que puedan tener en común, el resultado es la configuración de familias con estructuras necesariamente distintas y más complejas que las de origen.

¿Cómo dar cuenta de estas familias "derivadas" que se tornan cada vez más frecuentes con el incremento de la disolución y de las nuevas nupcias? Hacerlo obliga a cambiar la perspectiva de análisis utilizada hasta ahora y poner el acento en la reconstrucción de trayectorias. Significa hacer un seguimiento de la historia de vida de cada uno de los miembros de la pareja de origen, o bien, de los hijos de esta misma. No basta con el análisis de la composición familiar en un momento dado; es necesario un análisis de tipo longitudinal que puede ser realizado, como decíamos, desde la perspectiva de la pareja o de los hijos. ¿Cuál elegir? A este respecto existe en la actualidad una discusión sobre los principios que definen a la familia y que pueden servirnos para aclarar lo que estamos observando en este ámbito.

Así tenemos, por ejemplo, que Théry (1998)[1] considera que los criterios dominantes para definir la familia —vínculo conyugal, corresidencia y parentesco— han sido rebasados. El incremento de las uniones informales como la unión libre o convivencia ha debilitado al vínculo matrimonial como elemento estructurador de la familia. La inestabilidad conyugal está, por su parte, socavando el fundamento de la corresidencia. Los padres dejan de corresidir entre sí, pero también lo hacen los hijos con alguno de sus padres cuando se produce una separación o divorcio, aunque, algunas ve-

[1] Citado por Luna, 2004.



ces, sea de manera parcial (custodia compartida). En esta nueva situación, el único elemento que permanece y puede dar continuidad a un núcleo familiar es el parentesco. De este modo, la filiación se transformaría, en los tiempos que corren, en el elemento permanente e indisoluble que otorgaría identidad al grupo familiar. Esta definición excluye del concepto de familia a las parejas sin hijos pero, en contrapartida, considera como tal a aquellas conformadas por madres solteras que tengan uno o más hijos; o bien, a padres o madres provenientes de una misma pareja cuyos hijos viven alternativamente con alguno de ellos, borrando de paso el fundamento de la corresidencia.

Además de las familias, que pueden convertirse en verdaderos abanicos a través del tiempo, tenemos aquellas parejas que pueden ser consideradas como "alternativas". En este grupo se encuentran las parejas sin corresidencia (parejas LAT)[2] y las parejas homosexuales.

Una primera distinción entre "parejas con hijos", "parejas solas" y "solas(os) o en solitario con hijos", que incluiría a los(as) "solteros(as) con hijos", podría ayudar a analizar con más ecuanimidad la situación de la familia. En la disolución de una pareja sin hijos se impone la voluntad de los cónyuges, pero en una que tiene descendencia los hijos se ven afectados por decisiones en las que no toman parte. De ahí su vulnerabilidad, independientemente de la situación económica en que se encuentren, y la urgencia de atender sus necesidades con políticas públicas adecuadas.

Los cambios antes descritos han sido considerados como característicos de la postransición demográfica y, desde fines de los años ochenta, enmarcados en lo que se ha dado en llamar la Segunda Transición Demográfica (Van de Kaa, 1987; Lesthaege, 1995a, 1995b y 1998). Se trata de cambios básicamente relacionados con la formación familiar y obedecen a transformaciones en los valores que se traducen, luego, en cambios en los comportamientos y actitudes de las personas.[3] Lo central de esta argumentación radica en la articulación entre la autonomía individual y el derecho de los individuos a elegir, postulada por Inglehart (1977). En palabras de Lesthaege "estamos al final de la era del control ejercitado por las doctrinas religio-

[2] Del término en inglés "*living apart together*" (vivir juntos, pero separados).

[3] De acuerdo con el propio Lesthaege, los principales cambios se refieren a: ejercicio de la sexualidad fuera de matrimonio; modalidades menos formales de convivencia conyugal; incremento de los nacimientos fuera de matrimonio; postergación del matrimonio; aumento de la población que vive sola; prolongación del periodo de residencia con los padres; aumento de la disolución voluntaria de uniones y elevación de las nuevas nupcias.



sas y políticas sobre los individuos la cual se remonta a varios siglos atrás" (Lesthaege, 1995a: 162). En consonancia con estos cambios, el poder patriarcal dentro de familia tiende a debilitarse y, con ello, los controles estrictos del modelo de familia tradicional. Los hechos que mejor caracterizan este proceso de cambio son, para este último autor, el rápido debilitamiento del control social ejercido por las instituciones, en especial sobre las parejas mediante una acentuación de las aspiraciones individuales de cada uno de los cónyuges. Todo esto, en un contexto de disponibilidad de contraceptivos eficientes que apoyan a la mujer en el manejo de su reproducción.

Dicho de una manera más explícita, las transformaciones que están ocurriendo se caracterizan por el espacio que han ido ganando, en el terreno de la vida social, las decisiones individuales, *vis à vis* aquellas que regían el orden social tradicional, donde las normas emanaban, prioritariamente, de los dictados de la Iglesia, el Estado y la familia. La secularización del matrimonio, además del incremento de las uniones libres, del aumento de la sexualidad premarital, de la reproducción prematrimonial y de la "disolubilidad" del vínculo conyugal, así como la mayor equidad de género en el ámbito conyugal —impulsada por el mayor nivel de educación y participación de la mujer en el mundo laboral— son algunos ejemplos de estos cambios, cambios que, en muchos casos, podemos apreciar por la evolución de algunos indicadores.

El propósito principal de este trabajo es establecer hasta qué punto se han modificado en México las variables asociadas a los cambios recién enunciados. En primer lugar, nos proponemos mostrar la nupcialidad legal (matrimonio) en México como un proceso que nunca llegó a institucionalizarse del todo, pese a los avances que obtuvo durante el siglo XX. La segunda parte está destinada a trazar la evolución de este fenómeno recurriendo a los principales indicadores disponibles y, en su caso, actualizando las estimaciones. La intención es asentar cuáles son los cambios más evidentes para evaluar cuánto se ha avanzado hacia la instalación de un nuevo modelo de nupcialidad en el país; vale decir cuánto se ha modificado el patrón de formación de las parejas conyugales, su naturaleza, su estabilidad y la presencia creciente de solteros en las edades jóvenes.

SIGLO XX: UNA INSTITUCIONALIZACIÓN MATRIMONIAL INCONCLUSA

El tema de la institucionalización del matrimonio nos puede remontar a muchos siglos atrás; sin embargo, nuestra intención y, sobre todo, la dis-



ponibilidad de información estadística para el conjunto del país no nos permiten retroceder más allá de fines del siglo XIX. En realidad, cuando nos referimos a la institución matrimonial estamos haciendo referencia a la sanción civil o eclesiástica (sacralización) de la unión conyugal; ritualización de la cual emana su legitimidad social. Esta misma le concede simultáneamente derechos y obligaciones a los cónyuges y a su posible descendencia (filiación). El matrimonio "sacralizado", es decir, el matrimonio católico, perdura en México hasta que se dictan las Leyes de Reforma, en la segunda parte del siglo XIX. Este nuevo ordenamiento prevé que solamente el matrimonio celebrado ante las autoridades del Registro Civil, organismo estatal que se crea en la misma época, otorga validez ante la ley al matrimonio.

Desde el inicio de la colonización española hasta ese momento (1859), la Iglesia fue la encargada de cumplir con la función de celebrar los matrimonios y llevar su registro.[4] Pero, a pesar del peso que poseía la Iglesia en la sociedad colonial y el empeño que desplegó en aquella época por imponer el patrón de matrimonio definido por el Concilio de Trento (1562-1564), su éxito fue y continúa siendo parcial. En efecto, es frecuente que muchas parejas vivan juntas, muchos años, sin que medie algún vínculo formal ni un matrimonio legal ni religioso, pero gozando de una legitimidad emanada del reconocimiento que le otorga directamente la sociedad.

Lo anterior nos lleva a aceptar que hay uniones conyugales legales e informales, pero, también, que las legales pueden comportar o no el reconocimiento de la Iglesia. La posibilidad de una doble institucionalización hace que existan matrimonios "sólo civiles", "civiles y religiosos" y "matrimonios exclusivamente religiosos", a pesar de que obligatoriamente —conforme a las leyes— debería ir precedido por un matrimonio civil. El matrimonio religioso, al no ser válido ante la ley, puede ser clasificado ya sea junto con las uniones informales (uniones libres), o bien, con los matrimonios legales, puesto que se trata de uniones reconocidas por las leyes de la Iglesia y, por lo tanto, institucionalizadas. En forma paralela a todos estos tipos de matrimonio, las uniones libres[5], han persistido a través del tiempo.

[4] Los registros parroquiales han sido escasamente analizados y constituyen sin lugar a dudas una fuente de datos cuya exploración propiciaría un mayor conocimiento de la historia demográfica de México y, en general, de Latinoamérica.

[5] También denominadas "uniones consensuales" o "cohabitaciones".



La doble institucionalización que es la situación más común —matrimonios consagrados y reconocidos por las leyes civiles (matrimonios civiles y religiosos)— coexiste con matrimonios que prescinden de la sanción eclesiástica (sólo civiles) o de ambas (uniones libres). La persistencia de la doble institucionalización —civil y religiosa— puede ser atribuida, en gran medida, a que la legislación civil incorporó muchos preceptos del matrimonio católico y que, por lo mismo, no se dio en la realidad un rompimiento. Ambos órdenes guardan algunos postulados en común, tales como:

- el libre consentimiento de los cónyuges para la celebración del matrimonio;
- la heterosexualidad de la pareja;
- la monogamia;
- la reproducción como uno de sus fines principales;
- y, hasta hace menos de un siglo, la indisolubilidad del vínculo matrimonial.

La gran diferencia entre el modelo de matrimonio secularizado (civil) y el católico radica en que este último exige:

- que la sexualidad se ejerza solamente dentro del matrimonio y ocurra exclusivamente entre un hombre y una mujer, como lo señala el documento de la Iglesia, *Orientaciones educativas en familia* (PCF, 1995: §27; López, 1992: 297).
- que en la práctica de la sexualidad conyugal exista siempre una apertura a la procreación (López, 1992; GS, 1966, §50ª; PCF, 1995: §15; Pío XII, 1995).
- el débito conyugal obligatorio.

El matrimonio católico constituye además, un sacramento (Documentos del Magisterio de la Iglesia, 1993: §2360) cuya celebración conlleva un ritual específico. El hecho de haber convertido al matrimonio en sacramento y haberlo rodeado, por lo mismo, de un ritual elaborado, muestra la importancia que la Iglesia le concede al tránsito entre la vida de soltero y la de casado; vale decir, entre la prohibición y la autorización para mantener relaciones sexuales y procrear. Hoy en día, sin embargo, el matrimonio católico es cuestionado por varias razones: su finalidad de procreación; la ritualización y lo que ella significa en términos de prohibir toda la actividad



sexual y reproductiva antes de su celebración, y la indisolubilidad del vínculo matrimonial, aspecto cada vez menos aceptado y respetado.

Los comportamientos "contestatarios" recién enunciados son, sin duda, coherentes con el proceso de "individuación", antes mencionado, proceso en el cual se encuentran inmersas muchas de las sociedades actuales, en especial las más desarrolladas. Por esta razón no es de extrañar el alejamiento que se está dando con respecto a las formas institucionalizadas de conformar una pareja conyugal; más todavía, en presencia de los anticonceptivos que permiten una planeación eficiente de la reproducción. Pero este alejamiento de las formas institucionalizadas no implica, hasta donde se ha podido constatar, un cuestionamiento de la vida en pareja. Lo que ha venido sucediendo en los hechos es la pérdida de centralidad del matrimonio cuyo papel estructurador de las relaciones entre los miembros de la sociedad se ha relativizado. No solamente se acude cada vez menos a su legalización, sino que pierde cada vez más su carácter permanente: ya no es para toda la vida. Incluso, la exigencia de heterosexualidad absoluta tiende también a desaparecer. Por otra parte, el cuestionamiento abarca no solamente el matrimonio religioso, sino también el civil y se adoptan, aunque sea transitoriamente, formas de convivencia menos formales, como son las uniones libres. Esto propicia a su vez la proliferación de uniones disueltas de carácter informal (separaciones), ya que al no existir de por medio un matrimonio, tampoco puede haber un divorcio. Estas separaciones de uniones libres se añaden a las que provienen de matrimonios y que, como veremos, son bastante frecuentes en el medio mexicano.

El fenómeno de la cohabitación constituye en Europa y, en general, en los países desarrollados, un fenómeno nuevo que ha venido a perturbar la institucionalización del matrimonio que había perdurado durante siglos. La formación de este tipo de parejas conyugales transcurre, sin embargo, en contextos socioeconómicos y culturales muy diferentes de aquellos donde se da la unión libre en los países de América Latina. En estos últimos, con mayor o menor intensidad, las uniones informales están presentes y lo han estado desde hace siglos. Representan de hecho una forma alternativa de establecer una familia cuya duración es casi tan larga como la de un matrimonio y el número de hijos casi tan numeroso (Benítez Zenteno y Quilodrán 1984; Castro Martín, 2001; Quilodrán, 1984). Se trata de un rasgo cultural de larga data, que se ha convertido, además, en uno de los rasgos distintivos del patrón de nupcialidad de la región. La unión libre ha coexis-



tido con el modelo dominante, primero, el matrimonio sólo eclesiástico y, de fines del siglo XIX a la fecha, con el matrimonio civil y religioso.

Las diferencias entre las uniones libres y las denominadas cohabitaciones de los países desarrollados radican fundamentalmente en que las primeras, además de ser reproductivas, pertenecen a los sectores pobres de la población. Poseen poca escolarización, ingresos bajos y desempeñan ocupaciones que exigen poca calificación (Castro Martín, 1997; Ojeda, 1989; Quilodrán, 1980; Palloni y Fussell, 2004; Solís, 2002). Hay países de la región, como República Dominicana o Guatemala (Quilodrán, 2001b), donde la mitad de la población recurre a este tipo de vínculo conyugal. La importancia de su presencia ha hecho que se les considere, casi en todos los países latinoamericanos, como una categoría más de unión conyugal en los censos y en las encuestas; en México desde 1930 y, en el resto de los países, al menos desde 1950. Esto mismo ha hecho que en muchas de las estimaciones demográficas el referente utilizado en vez de ser el matrimonio sea la unión que engloba tanto a éstos como a las uniones libres. Esta definición enriquece los análisis en la medida que no excluye a la parte de la población que no se casa; pero por otra, complica las comparaciones justamente con los países donde el referente obligado es el matrimonio. Esto nos advierte de uno de los cuidados que hay que tener cuando se compara la situación de América Latina con la de otras realidades.

Tal como lo señalamos con anterioridad, el planteamiento de una institucionalidad inconclusa hace referencia a sociedades donde el modelo de nupcialidad comporta una proporción relativamente importante de uniones conyugales que no reciben un reconocimiento formal; es decir, donde no todas las parejas recurren a la institucionalización de su vínculo conyugal. ¿Cómo fundamentar la existencia de una situación de esta naturaleza en México?

Para México en el periodo 1930-2000 nos proponemos, en primer lugar, establecer qué proporción de la población en edades casaderas llega a contraer al menos una unión o un matrimonio. Las estimaciones se derivan de las tablas de primonupcialidad de momento que involucran a la población tanto en matrimonio como en uniones libres (generales), o solamente casada (legales). Luego, nos ocupamos de los cambios que ha experimentado la distribución de la población que está casada o en unión libre para cada uno de los censos estudiados. Enseguida, procedemos a analizar la serie de tasas brutas de nupcialidad proveniente de las estadísticas vitales y donde, naturalmente, sólo figuran los matrimonios civiles celebrados; se



trata de la serie más larga de estadísticas de nupcialidad disponibles para México, ya que abarca un periodo de más de 100 años: 1893-2006. Por último, presentamos algunas pocas estimaciones en relación con la proporción de nacimientos que ocurren fuera de matrimonio y/o unión libre, como una manera de abundar en la argumentación relativa a la institucionalización inconclusa de la nupcialidad en el país.

La vida en pareja y el celibato

La información contenida en el cuadro 6.1 nos confirma que la vida en pareja no ha retrocedido en los últimos 70 años. La variación en las probabilidades de que un hombre llegue a tener al menos una unión durante su vida es mínima: 923 por millar (‰) en 1930 y 939‰ en el año 2000. Para las mujeres tenemos que en 1930 su probabilidad era más baja, pero se trata de un problema relacionado más bien con la captación del estado civil en ese censo que de una realidad (Quilodrán, 1974). En 1970 y 2000, estas probabilidades se asemejan todavía más entre las mujeres que entre los hombres: 926 y 924‰, respectivamente.

La situación es distinta cuando nos referimos a la nupcialidad legal. En este caso vemos que hay menos personas que llegan a contraer matrimonio, sea éste solamente civil o civil y religioso. Las proporciones son excepcionalmente bajas en 1930; en el censo de este año, sólo poco más de la mitad de la población de hombres y mujeres se declara casada.

En 1970 la probabilidad de encontrarse en una unión legal (747‰) aumenta 20 puntos porcentuales con respecto a 1930 (552‰) entre los hombres y 17 entre las mujeres (763 y 532‰, respectivamente). La población que en el año 2000 declara estar casada es todavía algo mayor que en 1970 (cinco y cuatro puntos porcentuales más entre los hombres y las mujeres, respectivamente). De cualquier forma, se hace evidente un estancamiento del proceso cuando todavía los niveles de quienes se unen pero no se casan (C50) se elevan a 20% entre los hombres y 19% entre las mujeres.[6] El hecho de que estas proporciones hayan disminuido pero no desaparecido nos confirma que existe una proporción no despreciable de per-

[6] La estimación de estas cifras considera un celibato definitivo (C50) para el conjunto de la población de 6% en el año 2000 entre los hombres y de 7% entre la mujeres.



Cuadro 6.1. Prevalencia de la vida en pareja (casos por millar) 1930-2000

	Nupcialidad general		*Nupcialidad legal*	
Indicadores	*Hombres*	*Mujeres*	*Hombres*	*Mujeres*
Intensidades				
1930	923	739	552	532
1970	937	926	747	763
2000	939	924	797	806
Celibato Definitivo (C50)				
1930	76	130	447	405
1970	63	74	253	237
2000	59	76	203	194

Fuente: Quilodrán, 1998: anexo 3.1.

sonas que permanecen en uniones libres, por lo menos hasta los 50 años de edad.

Dado que estos indicadores provienen de tablas de momento, las proporciones de célibes y no unidos a los 50 años que acabamos de presentar reflejan la experiencia de generaciones que nacieron, las más viejas, 50 años antes y, las más jóvenes, 15 años antes del levantamiento censal. Esto nos retrocede a 1880 para quienes tenían 50 años en 1930, a 1920 para quienes los alcanzaron en 1970 y a 1950 para quienes lo hicieron en 2000. En consecuencia, estamos refiriéndonos a una población que se casó y reprodujo aproximadamente desde los años cuarenta hasta fines de los años ochenta del siglo pasado. De cualquier forma, nos señala un cierto retroceso de la nupcialidad legal femenina entre 1970 y 2000, que no se advierte entre los hombres, los cuales siguen aumentando sus proporciones hasta este último año.

Distribución de la población según la naturaleza de la unión

En un afán por incorporar generaciones más recientes y con ello observar comportamientos más actuales, en el cuadro 6.2 comparamos las distribuciones según naturaleza del vínculo matrimonial para las mujeres de entre 15 y 49 años de edad, interrogadas en dos encuestas relativamente recientes: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1997 y



Cuadro 6.2. Naturaleza del vínculo conyugal en mujeres (distribución porcentual)

Tipo de unión	*1970*[a]	*1997*[b]	*2005*[c]
Matrimonio civil y religioso	61.4	52.6	48.6
Matrimonio civil	14.8	24.3	25.4
Unión libre	15.5	19.5	23.1
Matrimonio religioso	7.4	3.5	2.9
Total	100	100	100

Fuentes: [a] Quilodrán, 1998: anexo 3.1; [b] Quilodrán, 2000; [c] Cálculos propios con base en Endifam, 2005.

la Encuesta de la Dinámica de las Familias (Endifam) levantada en 2005 (IIS, 2005), así como la correspondiente al censo de 1970. Los universos comparados abarcan a las generaciones de mujeres que comenzaron a unirse desde fines de los años cuarenta hasta aquellas que apenas están empezando a hacerlo en 2005 (generaciones nacidas a fines de los ochenta).

Lo primero que constatamos en la lectura del cuadro 6.2 es la disminución consistente, entre 1970 y 2005, de los matrimonios civiles y religiosos y el aumento, también consistente, de los matrimonios civiles y de las uniones libres. Si interpretamos la reducción de los matrimonios con sanción eclesiástica como un rasgo de secularización de la vida social, la tendencia es clara. En 35 años este tipo de matrimonio se redujo 25% (de 68.8 a 51.5%), que equivale a un decrecimiento promedio anual de alrededor de 0.5%. En contrapartida, el matrimonio civil aumentó en el mismo periodo casi 72%, especialmente entre 1970 y 1997 (de 14.8 y 24.3%), mitigando de este modo la caída de la nupcialidad legal,[7] que fue, en su conjunto, de solamente 2.9 por ciento.

Las uniones libres se incrementaron 49% en el mismo periodo, lo que se traduce en un ritmo promedio anual de 0.2%, algo menor a la velocidad de crecimiento de los matrimonios civiles (0.3% anual, en promedio). Con esta evolución tenemos que en 2005 de 10 uniones conyugales, poco más de cinco eran sancionadas civil y religiosamente, 2.5 lo eran solamente por lo civil y 2.3 constituían uniones libres.

Estas cifras confirman el acelerado proceso de secularización que está experimentando el matrimonio; proceso que se acompaña, además, de una

[7] Se refiere a la población que se encuentra casada en matrimonio civil y civil y religioso.



cierta tendencia a abandonar la institución matrimonial, reemplazándola por la unión libre. Sin embargo, a pesar de los incrementos de la unión libre, ésta representaba en 2005 solamente una de cada cuatro uniones, lo que nos permite afirmar que el matrimonio se seculariza y, en mucho menor, medida se desinstitucionaliza.

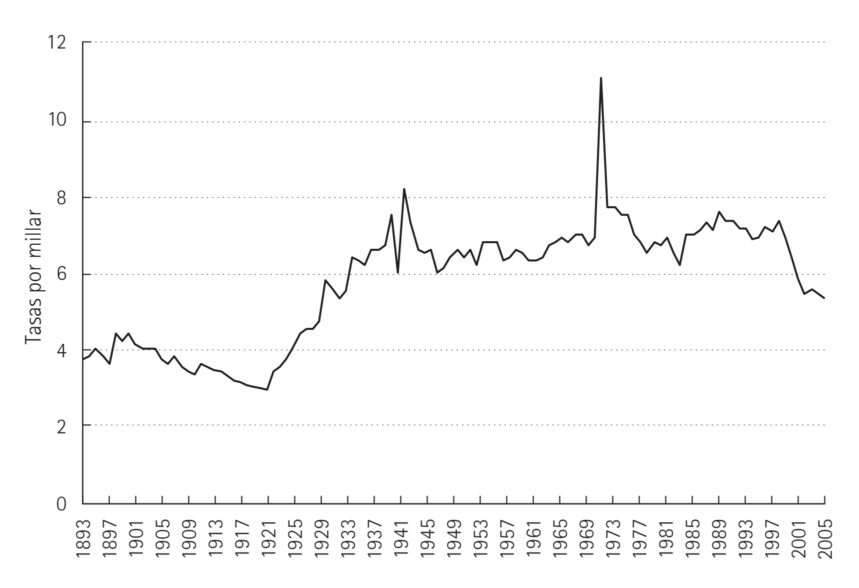
Tasas brutas de nupcialidad 1893-2006

Este indicador nos proporciona la frecuencia relativa de los matrimonios con respecto a la población total y es publicado anualmente por el organismo encargado de las estadísticas nacionales; actualmente, en el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Por la naturaleza de los datos que se utilizan en su estimación, es sensible como toda tasa bruta a los cambios de las estructuras de edades (denominador) y a la frecuencia de los matrimonios civiles que se concluyen (numerador). En estos momentos en que en México las proporciones de población en edades casaderas representan una proporción comparativamente mayor que en el pasado, la proporción de matrimonios debería de ser también más elevada. Esto, en el supuesto de que a la nupcialidad legal hubiera seguido en aumento o, al menos, se hubiera mantenido constante. Si a esto añadimos que la población que figura en el denominador comporta una proporción de población menor a 15 años en disminución, o sea, no expuesta al riesgo de contraer matrimonio, las tasas deberían de haber sido todavía más altas cuanto más reciente fuera el periodo observado. Antes de pasar al análisis de su evolución, haremos referencia a la fuente de datos de la cual proceden estas tasas.

Aun cuando las Leyes de Reforma datan de mediados del siglo XIX, los datos provenientes de los registros civiles comienzan a fluir recién a fines de este siglo. De comienzos del siglo XX a 1940 se dio la institucionalización del matrimonio civil. La organización del Registro Civil y, todavía más, la implantación del matrimonio laico, necesitó mucho tiempo. En los hechos, la población continuó considerando al matrimonio sólo religioso como válido y fue muy poco a poco como se fue incorporando la necesidad de casarse por lo civil.

Según podemos apreciar en la gráfica 6.1 en 1893 se registra una tasa de 4‰, nivel que comienza a reducirse ligeramente a partir de 1905 y que no se recobra sino hasta después de la Revolución, en 1924. Es decir,





Fuentes: Para los años 1983-1990: Quilodrán, 2001a: 100. Para el periodo 1911-1921: estimación de los valores con base en una regresión lineal de los datos del periodo 1893-1910. Para el periodo 1991-2006: cálculos propios basados en INEGI, 2002.

Gráfica 6.1. Tasas brutas de nupcialidad legal.

poco tiempo después de que vuelve a funcionar el sistema de estadísticas continuas (1922).

Desde esa fecha hasta 1940 las tasas ascienden de manera más o menos constante hasta alcanzar niveles cercanos a 7‰ en 1964. De 1964 al año 2000, durante casi 40 años, las tasas oscilan, salvo raras excepciones (periodo 1972-1974, correspondiente a la campaña gubernamental Familia Mexicana), alrededor de este último nivel.[8]

Sin embargo, lo más interesante de esta serie de tasas brutas es su evolución más reciente. Así, tenemos que después de un periodo de larga estabilidad, incluso con una ligera tendencia a la alza durante la década de los noventa, las tasas comienzan a descender.

De 7.7‰ en 1999, las tasas se reducen a 5.6‰ en 2006, un valor semejante al que presentaron en 1932, cuando estaban en pleno ascenso. Se trata de una evolución inesperada puesto que, como lo mencionamos an-

[8] Para mayores detalles de la evolución de las tasas de nupcialidad legal véase Quilodrán, 1998 y 2001a.



tes, con una proporción de la población de 15 a 59 años 10% más elevada en 2000 que en 1970[9] y, por lo mismo, con una proporción mas grande de población expuesta al riesgo de contraer matrimonio, los niveles de las tasas debieron de haber subido.

En realidad, el descenso de las tasas en el periodo 2000-2006 muestra que se está produciendo una disminución del matrimonio civil, es decir, una desinstitucionalización del matrimonio. Ésta se añade a la secularización de las uniones que establecimos con los indicadores sobre distribución de la población unida en los censos según la naturaleza de su vínculo matrimonial. El hecho de que cada vez se concluyan menos matrimonios civiles y menos matrimonios consagrados permite concluir que se está produciendo una transformación de la naturaleza del vínculo que se establece al formar una pareja conyugal. Sin embargo, cabe preguntarse si estamos frente a un cambio definitivo o solamente de calendario. El poco tiempo transcurrido desde que se manifestó este cambio en la tendencia (2000-2006) no permite concluir, por el momento, sobre la permanencia de un comportamiento de esta naturaleza. Es probable que lo que esté ocurriendo sea más bien una postergación del matrimonio y no un abandono. De cualquier forma, hay que ser cauteloso en la interpretación de este indicador que comprende los matrimonios de todos los órdenes y que es, por lo sucesivo, sensible a los incrementos de los "rematrimonios".

En resumen, tenemos que durante el siglo XX se hizo presente la doble institucionalización, civil y religiosa, de los matrimonios, la cual en una primera etapa se incrementó y luego se mantuvo relativamente constante. Sin embargo, en los años noventa este proceso comienza a revertirse. El rasgo principal de esta evolución es la secularización y desinstitucionalización del matrimonio: menos matrimonios civiles y religiosos y solamente religiosos, así como una mayor predilección que en el pasado por los matrimonios civiles y por la unión libre. A esto podemos añadir que entre los años setenta y los noventa se dio un incremento de la proporción de mujeres con hijos nacidos antes de la primera unión (matrimonio o unión libre) y fuera de matrimonio, pero, sobre todo, de las proporciones de concepciones prenupciales. Datos para el conjunto de mujeres de 15 a 49 años en la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 (EMF) situaban respectivamente

[9] La proporción de la población de cero a 14 años se redujo 12.3%, de acuerdo con las cifras censales, y aquélla en la franja de edades de 15 a 59 años pasó de 48.2% en 1970 a 58.2% en 2000.



estas tres últimas proporciones en los niveles siguientes: 4.6, 8.9 y 10.9%. A fines de los años noventa, en la Enadid de 1997 estas mismas proporciones fueron, entre las mujeres menores de 25 años pertenecientes a las generaciones 1968-1970, de 12.4, 17.7 y 18.2%. O sea, que ellas cuando menos se duplicaron en los 20 años transcurridos entre las dos encuestas y, esto, para un universo restringido a la experiencia de las mujeres de estas generaciones antes de que cumplieran 25 años (Quilodrán, 1998 y 2001b).

No obstante, la evolución anterior no es homogénea en todo el país. Desde los primeros estudios se observó que en México existen varios patrones de nupcialidad, unos más institucionalizados que otros (Quilodrán, 1980, 1989, 1991, 1998, 2001a; Benítez Zenteno y Quilodrán, 1984). Así, hacia 1990 podíamos distinguir tres grandes modelos, atendiendo básicamente a la prevalencia, precocidad y naturaleza de las uniones conyugales. Espacialmente, el "Modelo tradicional", aquel que comporta una nupcialidad tardía y legal y que representaba a estas fechas 40% de la población de mujeres de 15 a 49 años, se ubica en el eje norte-sur Coahuila-Jalisco y hay que añadir al mismo el estado de Yucatán. Ahí la unión libre no excede 4% y la edad de la primera unión de las mujeres varía entre 21.7 y 22.8 años. En el extremo opuesto encontramos lo que en algún momento denominamos como "Modelo Golfo-Caribe" (Quilodrán, 1989) debido a que a él pertenecen sobre todo los estados del Golfo (Veracruz, Tabasco y Campeche), aunque también Chiapas, en la región Pacífico sur. Este modelo reúne a 17% de la población y se caracteriza por edades promedio de primera unión menores a 21 años y proporciones de uniones libres hasta de 16%. El tercer modelo, el "Intermedio", abarca casi otro 40% de la población y se le denomina así porque los valores de todos los parámetros utilizados en la caracterización se ubican en una situación intermedia con respecto a los de los modelos extremos. Sin embargo, la diferencia más importante entre éste y el resto de modelos radica en su falta de continuidad territorial, pues está un tanto disperso a lo largo del país.

Los tres modelos anteriores persistían hacia el año 2000 aunque, en todos ellos, las edades de primera unión de las mujeres se hicieron más tardías.[10] De cualquier forma, los incrementos en las uniones libres que han venido ocurriendo, pero sobre todo los efectos de las elevadas migraciones,

[10] Las tablas de nupcialidad estatales para el año 2000 reportan retrasos en las edades de matrimonio de las mujeres en todas las entidades (Rivera, 2004).



nacionales e internacionales, y la selectividad de su composición (por sexo, edad, etc.) obligan a evaluar su vigencia.

En cuanto a las diferencias rurales-urbanas, éstas son especialmente acusadas en cuanto a la edad de la primera unión. Las mujeres rurales forman pareja a edades más jóvenes que las mujeres urbanas y metropolitanas —un año antes, en promedio. Sin embargo, la disminución de la proporción de población rural a menos de 25% ha reducido el peso de este diferencial en la edad promedio del total de la población de mujeres (Quilodrán, 1980; Quilodrán, 1991; Welti, 1981).

DE LOS ATISBOS A LA AFIRMACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA NUPCIALIDAD

Para ahondar en los cambios ocurridos en la formación y estabilidad de las parejas en las comparaciones incluiremos, en la medida de lo posible, el comportamiento de las generaciones que están empezando a transitar hacia la vida conyugal. También incluiremos aquí el análisis de la población soltera y el de aquella que estuvo casada o en unión libre en algún momento de su vida. Esta población de "no unida" constituye el complemento de aquella que sí lo está al momento del censo o de la encuesta que se está analizando.

Empezaremos este apartado revisando la evolución de las proporciones de solteros por edad. Luego nos referiremos, sucesivamente, a las edades promedio de la primera unión y de matrimonio, al incremento de las uniones libres en los años recientes, para finalizar examinando el acelerado aumento que está experimentando la disolución de las primeras uniones. Al igual que en el apartado anterior, se privilegia el análisis de series temporales que abarcan, a veces, todo el siglo XX y que permite establecer las grandes tendencias que se han dado en la formación y estabilidad de las parejas, así como situar con mayor precisión los momentos en que comienzan a cambiar. Esta perspectiva de largo plazo aporta elementos importantes para ir respondiendo a algunas de las preguntas clave que van surgiendo en la etapa postransicional que recién se está iniciando en el país: ¿continúa siendo el matrimonio el evento que precede el inicio de la vida sexual y reproductiva? ¿En qué medida la población se ciñe a la secuencia normativa "matrimonio → relaciones sexuales → hijos"? ¿Está en marcha una separación entre la vida conyugal y la práctica sexual y reproductiva? Los trabajos que existen han dado respuestas hasta la fecha a algunas de estas

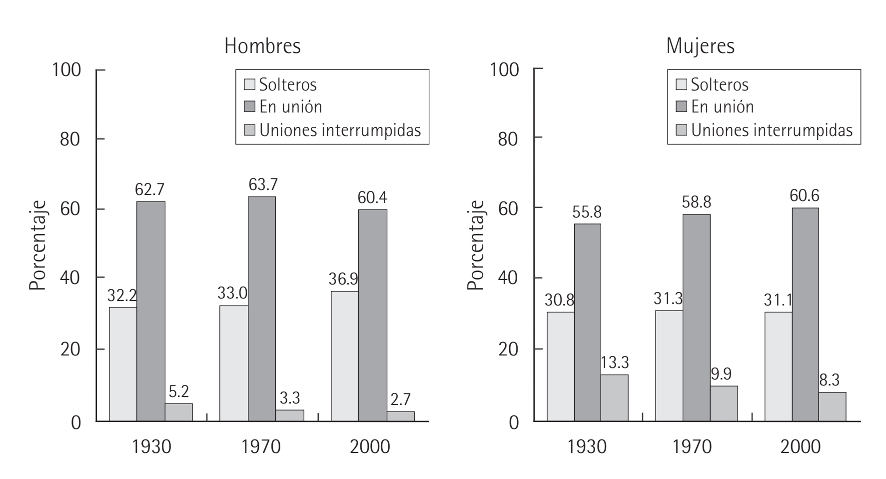


preguntas (Gómez de León, 2001; Quilodrán, 2000 y 2005; Pérez Amador, 2004). Con respecto a las uniones interrumpidas, nos interesa constatar, en un primer momento, la composición interna de esta categoría, específicamente, establecer la relación que guarda la viudez con respecto a la separación y el divorcio en cada momento censal considerado, distinguiendo por sexo.

En lo que concierne a temas como la interferencia entre la nupcialidad y la migración, existen aun menos trabajos (Brambila, 1985; Giorguli y Lindstrom, 2005), a pesar de ser un tema cuyo estudio es indispensable desarrollar, especialmente en un país expulsor de población como lo es México.

Estructura por grandes categorías de estado civil

Para facilitar estos análisis comenzamos mostrando en la gráfica 6.2, las diferencias en las estructuras por grandes categorías de estado civil entre 1930 y el año 2000. En ella podemos observar que el cambio principal entre 1930 y 1970 fue el descenso de las proporciones de hombres y mujeres en uniones interrumpidas (37 y 25.6%, respectivamente) como consecuencia, básicamente, de la disminución de la mortalidad.



Fuente: cuadro AE-6.1 del Apéndice estadístico.

Gráfica 6.2. Distribución de la población de 12 a 59 años, según estado civil, 1930-2000.


EL COLEGIO DE MÉXICO

A diferencia del periodo anterior, entre 1970 y 2000 los cambios afectan a todas las categorías de estado civil y de manera diferente a hombres y mujeres. Así, tenemos que se elevan las proporciones de solteros hombres en casi 12% y disminuyen las proporciones de unidos en 5%. Entre las proporciones de mujeres la tendencia es al estancamiento del alza de la población soltera (–0.6%) y a un leve incremento de la población unida (+3.1%). Este último movimiento, que ya estaba presente en otros países de la región desde los años noventa (Quilodrán, 2001a), debería verse reflejado en una edad promedio de primera unión con tendencia también a la baja. En este mismo periodo, 1970-2000, se desacelera también el descenso de la proporción de uniones interrumpidas (–15 y –16.6% entre hombres y mujeres, respectivamente). Esto último como consecuencia de que las ganancias por descenso de la mortalidad están llegando a un límite y que la disolución por causas voluntarias no alcanza todavía a revertir la tendencia a la baja del conjunto de esta categoría.

Los solteros por edad

Lo que vemos en la gráfica 6.3 es la representación de las diferencias entre las probabilidades de estar soltero en un año censal con respecto a otro más reciente.[11] Del lado izquierdo figuran las diferencias relativas a la nupcialidad general, aquella que abarca al conjunto de uniones, legales o no, al momento del censo. Lo primero que se observa es que entre 1930 y 1970 se produce un descenso de la soltería entre los hombres. Cualquiera que sea la edad, las diferencias son negativas y entre los 20 y 35 años llegan a descender hasta 50‰. La curva correspondiente a las diferencias entre 1970 y 2000 denota, por su parte, un cambio en las edades de ingreso en unión. Hasta los 20 años se insinúa un descenso en las proporciones de solteros con respecto a 1970, lo que indica un muy leve incremento de las uniones tempranas; enseguida, las diferencias se tornan positivas entre los 20 y 40 años, y con ello el aumento de los solteros cuya proporción máxima de crecimiento es alcanzada entre los 24 y 35 años (50‰). En la última década del siglo, entre 1990 y 2000, el alza se generaliza en todas las eda-

[11] Estas diferencias resultan de la comparación de las series de solteros y de "no casados" de las "Tablas de la nupcialidad generales y legales" (Quilodrán, 1980, 2001a).



Diferencias hombres (general)

Diferencias por millar

200 100 0 −100 −200 −300

15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39 41 43 45 47 49

Edades
1970-2000
1930-1970
1990-2000

Diferencias hombres (legal)

Diferencias por millar

200 100 0 −100 −200 −300

15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48

Edades
1970-2000
1930-1970
1990-2000

Diferencias mujeres (general)

Diferencias por millar

200 100 0 −100 −200 −300

15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39 41 43 45 47 49

Edades
1970-2000
1930-1970
1990-2000

Diferencias mujeres (legal)

Diferencias por millar

200 100 0 −100 −200 −300

15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39 41 43 45 47 49

Edades
1970-2000
1930-1970
1990-2000

Fuentes: Para 1930 y 1970: Quilodrán, 2001a. Para 2000: cálculos propios con base en datos de INEGI, 2001.

Gráfica 6.3. Diferencias entre las series de solteros de las tablas de primonupcialidad, 1930-2000.



des, sobre todo entre los 15 y 40 años, edades en las cuales llega a alcanzar niveles hasta de 150‰ (a los 23 años).

La evolución de las diferencias entre las mujeres es algo distinta. Entre 1930 y 1970 la curva es bastante errática: antes de los 20 años las proporciones de solteras se elevan para luego descender, sobre todo de los 30 años en adelante. Entre 1970 y 2000 las diferencias son siempre positivas, denotando un alza de las solteras, especialmente entre las edades de 20 y 33 años (máximo 100‰). En los 10 años que median entre 1990 y 2000 se produce primero una disminución de la soltería, antes de los 20 años. A partir de esta edad las proporciones vuelven a crecer, a un ritmo anual incluso superior al del periodo anterior (4% en lugar de 3.3%), especialmente entre 20 y 32 años de edad.

Las diferencias entre las probabilidades derivadas de las "tablas de nupcialidad legal" nos ofrecen, por su lado, un panorama con tendencias que podemos considerar más claras y con mayores coincidencias entre los comportamientos de hombres y mujeres. Las disminuciones en las proporciones de "no casados" (solteros y en uniones libres) es muy importante entre 1930 y 1970, periodo en el cual se dio, como lo dijimos antes, la institucionalización del matrimonio. La disminución en este periodo fue de 291‰ entre los hombres. Entre la década de los setenta y el año 2000 estas mismas proporciones descienden de los 15 a los 25 años de edad, en alrededor de 40‰, para luego tornarse de nuevo positivas y alcanzar un crecimiento máximo de 28‰. Entre 1990 y 2000 las proporciones de "no casados" vuelven a disminuir de la misma forma que entre 1970 y 2000 y casi en las mismas proporciones. De los 25 años de edad en adelante crece a niveles de 50‰ casi hasta los 40 años. En otras palabras, aumentan las proporciones de quienes se casan temprano (antes de los 25 años de edad) y disminuyen las de aquellos que se casan a partir de los 25 y hasta los 50 años.

Una vez más constatamos y, en forma todavía más notoria, un incremento de la nupcialidad masculina joven.

Las mujeres presentan, por su parte, proporciones de "no casadas" en descenso acelerado entre 1930 y 1970, especialmente en las edades de mayor nupcialidad, coincidiendo con el movimiento de alza de la nupcialidad legal que ya habíamos advertido anteriormente. La tendencia se revierte entre 1970 y 2000 de los 17 a los 34 años. En estas edades las proporciones de "no casadas" se vuelven positivas, aunque el alza no es muy importante (50‰ como máximo). Entre 1990 y 2000, al igual que entre los hombres, las proporciones disminuyen en las edades jóvenes (antes de los 25 años



entre los hombres y 23 años entre las mujeres) y se incrementan en el resto de las edades, repitiendo la tendencia "dual" observada con anterioridad.

Lo anterior significa que entre 1990 y 2000 se afirma, entre quienes contraen matrimonio, el patrón que consiste en que un grupo de la población se está casando más temprano que en el pasado inmediato, mientras que otro, más numeroso, lo está postergando hacia los 30 años. Esta misma tendencia comienza a surgir entre las mujeres que ingresan en unión, ya sea en una unión libre o un matrimonio (nupcialidad general).

En este punto la pregunta es: ¿se trata de un nuevo patrón de nupcialidad cuyo calendario revela la existencia de grupos selectos de población; uno que se casa muy temprano (antes de los 20 años) y otro que posterga el matrimonio hasta alrededor de los 30 años? Otra interpretación de lo que está ocurriendo sería que se trata de un verdadero rejuvenecimiento de la edad de la primera unión, o sea, un cambio de calendario. ¿Estamos acaso frente a un rejuvenecimiento de la nupcialidad? ¿O se está produciendo una polarización donde un grupo de la población se casa en forma muy temprana y otro lo hace cada vez en forma cada vez más tardía? Dado lo reciente de los cambios, resulta difícil adoptar, desde ahora, una de estas dos explicaciones.

Antes de continuar, vale la pena señalar que en el año 2000 las proporciones de solteros siguen aumentando, mientras que las de las mujeres tienden a la baja. Cabe entonces preguntarse, ¿con quién se unen las mujeres cuya proporción de casadas vemos aumentar? En trabajos anteriores hemos advertido de una incongruencia en la declaración del tipo de unión entre hombres y mujeres que pudiera explicar esta situación; los hombres se declaran como solteros más frecuentemente que las mujeres (Quilodrán, 2008).

Edades promedio de la primera unión

De acuerdo con el cuadro 6.3, entre 1960 y 2000 las diferencias entre las edades promedio de la primera y del primer matrimonio (primonupcialidad) variaron entre 0.4 y 0.9 años en el caso de los hombres y entre 0.9 a 1.3 años en las mujeres. Si, como se sabe, una de las características de la unión libre es celebrarse más temprano que los matrimonios,[12] no es de

[12] La mayor juventud de la unión libre ha sido establecida con datos de encuestas en países tanto desarrollados como en desarrollo. Véase Sardon, 2000; Castro Martín, 1997; Quilodrán, 1985 y 2001b, y Rodríguez, 2004.



Cuadro 6.3. Evolución de las edades promedio de la primera unión, 1930-2000
Diferencia acumulada 1960-2000

Nupcialidad	*1930*	*1960*	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*
General						
Hombres	24.6	23.9	23.9	23.5	24.2	24.9
Diferencias (años)	−0.7	0	−0.4	0.7	0.7	1.0
Mujeres	21.9	20.7	20.8	21.1	22.0	22.7
Diferencias (años)	−1.2	0.1	0.3	0.9	0.7	2.0
Legal						
Hombres	28.4	24.3	24.5	24.0	25.0	25.8
Diferencias (años)	−4.1	0.2	−0.5	1	0.8	1.5
Mujeres	27.6	21.7	22.0	22.0	23.1	24.0
Diferencias (años)	−5.9	0.3	0	1.1	0.9	2.3

Fuentes: Quilodrán, 1998: 89 (cuadro 3.1), y para 2000: Rivera, 2004.

extrañar que su aumento en los años recientes (2000) esté produciendo un alejamiento entre los valores (edades) de la nupcialidad general y los de la nupcialidad legal.

También podemos observar en este mismo cuadro 6.3 que las mujeres han postergado de manera sostenida su edad de ingreso en uniones desde 1960 en adelante, pero sobre todo, a partir de 1970. En total, dos años más en promedio en comparación con los 0.8 años acumulados por los hombres en el mismo periodo (40 años). Tratándose de la nupcialidad legal, el número de años acumulados es menor entre los hombres (1.5 años) que entre las mujeres (2.3 años). Por otra parte, es importante destacar que las edades promedio del primer matrimonio son siempre superiores a las correspondientes a la primera unión, o sea, a aquellas que incorporan también a quienes establecen uniones libres.

Las edades promedio al unirse en el año 2000 se situaban en 25 años para los hombres y 22.7 años para las mujeres, con una clara tendencia al alza. Las edades correspondientes a los matrimonios eran, en este mismo año, casi 26 años para los hombres y para las mujeres, exactamente 24 años.

Cabe finalmente mencionar que las edades de los cónyuges son bastante cercanas y estables a través del tiempo, rondando, por lo general, entre dos años y tres años; siendo las diferencias un poco más estrechas entre quienes contraen matrimonio (cuadro 6.3).

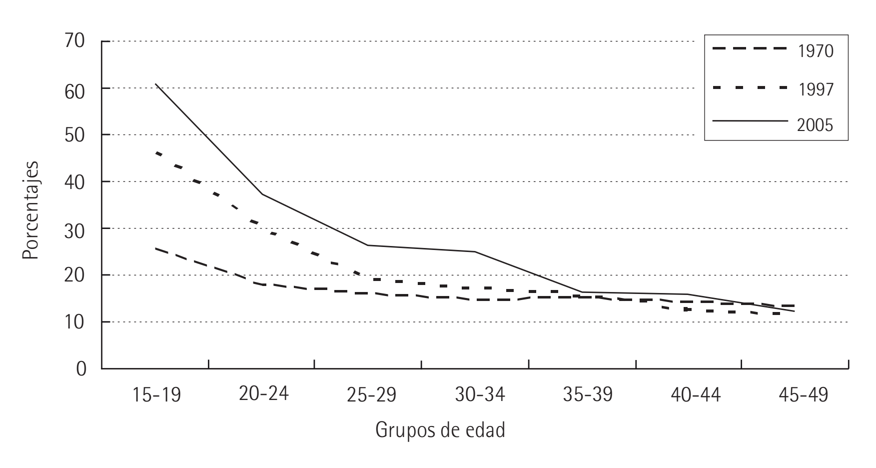


En suma, tenemos que tanto los hombres como las mujeres retrasaron el ingreso en uniones conyugales a lo largo del siglo pasado, pero que la postergación fue mayor entre las mujeres, es decir, dos años, en lugar de casi un año como ocurrió entre los hombres. Este aplazamiento parece haber comenzado a estancarse si nos atenemos al leve aumento que están registrando las uniones de mujeres en edades muy jóvenes.

Las uniones libres: ¿una explicación del alza de uniones en edades jóvenes?

La literatura que trata del fenómeno de las uniones informales —libres, consensuales o cohabitaciones, cualquiera que sea el nombre que se les dé— reporta que éstas se celebran y se han celebrado siempre, hasta donde se han podido documentar, a edades más tempranas que los matrimonios. Ésta es la razón por la cual presentamos su evolución para el mismo periodo aproximadamente en el cual analizamos las diferencias entre las proporciones de solteros.

En la gráfica 6.4 se aprecia el alza de los niveles de uniones libres en los últimos 35 años y su avance progresivo hacia grupos de edades más avan-



Fuentes: Para 1970: Quilodrán, 1998; para 1997: cálculos propios con base en la Enadid, 1997; para 2005: cálculos propios con base en la Endifam, 2005.

Gráfica 6.4. Proporciones de mujeres de 15 a 49 años en uniones libres, 1970, 1997 y 2005.



Cuadro 6.4. Distribución porcentual de mujeres menores de 30 años, según diversas características
(porcentajes)

Estado civil	*Población total*	*Con hijos*	*Escolaridad > = profesional*	*> = Profesional con hijos*
Civil y religioso	15.7	86.5	9.6	77.1
Unión libre	15.6	80.7	3.3	51.3

Fuente: cálculos propios con base en la Endifam, 2005.

zadas. Al grupo de edades de 15 a 19 años, que era donde se presentaban con mayor frecuencia en los años setenta, se ha añadido el grupo de 20 a 24 años, desde fines de los noventa. Para 2005 el alza compromete, incluso, al grupo de 25 a 29 años. En los 27 años transcurridos entre 1970 y 1997, la proporción de mujeres en uniones libres correspondiente al grupo de 15 a 19 años creció a promedios anuales de 3 y 2.5% en el grupo de 20 a 24, y de 0.9% en el de 25 a 29 años.

La expansión de la unión libre que representan estos aumentos explicaría, en parte, el leve incremento de la población unida tempranamente (antes de los 20 años). Sin embargo, no hay que olvidar que las proporciones de matrimonios antes de los 20 años también están creciendo, pero desde niveles muy bajos si consideramos que solamente cuatro de 10 mujeres unidas entre los 15 y los 19 años están casadas.[13] En el mismo lapso de ocho años, entre 1997 y 2005, estas proporciones crecieron en cada uno de los grupos de edades consideradas —15 a 29 años— a promedios anuales de 3.9, 3.2 y 4.7 por ciento.

Estas cifras no dejan dudas con respecto a la progresión de la unión libre como forma cada vez más frecuente de vivir en pareja. La cuestión ahora es establecer si este tipo de unión continúa reuniendo las características del "modelo de unión libre tradicional", vale decir, un espacio propicio para la reproducción y refugio de quienes tienen escasos niveles de escolaridad. Las cifras del cuadro 6.4 son contundentes: las uniones libres siguen siendo reproductivas, pero en una proporción algo menor que quienes se casan (81 *versus* 87%). Además, cuando comparamos la proporción de aquellas mujeres con estudios superiores (profesión o títulos de maestría o doctorado), la proporción de aquellas que están en uniones libres representa la tercera parte de las de mujeres casadas, civil y religiosamente.

[13] Alrededor de 8% del total de las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años.



Lo que llama la atención es que las mujeres en uniones libres con alta escolaridad tienen menos hijos que las casadas: 51 y 76%, respectivamente. Tenemos entonces un pequeño grupo de mujeres altamente escolarizadas que viven en uniones libres antes de los 30 años, probablemente en forma transitoria, que están postergando la llegada de los hijos hasta después del matrimonio u optando por no tenerlos. Este grupo se ajustaría a lo que sería el "modelo de unión libre moderno", que corresponde al postulado por la segunda transición demográfica.

La viudez y su importancia relativa en el periodo 1930-2000

Al analizar la gráfica 6.2 afirmamos que gran parte del descenso de las proporciones de las uniones interrumpidas entre los años 1930 y 2000 era atribuible al descenso de la mortalidad. La información del cuadro 6.5 nos confirma esta hipótesis.

De 1930 a 1960, poco más de 90% de los hombres y más de 95% de las mujeres que figuraban en uniones interrumpidas en los censos de estos años eran viudos. Entre 1960 y 1970 se da un cambio notable de nivel: entre 22 y 26 puntos porcentuales menos entre mujeres y hombres, respectivamente. La magnitud de este descenso puede responder, en parte, al hecho de que en 1970 se introdujo, por primera vez, la categoría de "separado" en el censo, lo cual pudo operar en el sentido de "trasladar" a esta nueva categoría a muchos que se declaraban anteriormente como viudos o solteros, estando en realidad, separados de hecho.

Entre 1970 y 1990 las proporciones de viudos descienden a razón de 10 puntos en cada decenio, pero entre 1990 y 2000 el proceso se acelera nuevamente. En este último año, los viudos representan solamente 19% de la categoría de población en uniones interrumpidas, o sea, menos de la mitad de la proporción de 1990 (41%).

El descenso de la proporción de viudas entre 1990 y 2000 es menos importante que el de viudos y continúan representando casi un tercio de las mujeres en uniones interrumpidas.

¿Podemos, sin embargo, hablar realmente de compensación entre el descenso de la viudez y el alza de la interrupción por motivos voluntarios? Como es obvio, siempre habrá viudos, de modo que nunca habrá un reemplazo total de ellos por disoluciones voluntarias. Por esta razón, lo mejor es hablar de que unas proporciones superan a las otras. En México



Cuadro 6.5. Distribución porcentual de viudos respecto al total de las uniones interrumpidas

Estado civil	*1930*	*1940*	*1950*	*1960*	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*
Viudos								
Hombres	0.92	0.95	0.93	0.90	0.64	0.53	0.41	0.19
Mujeres	0.96	0.96	0.95	0.93	0.71	0.54	0.50	0.30

Fuente: Quilodrán, 2001a: 132 (cuadro 3.1).

las proporciones de poblaciones en uniones interrumpidas de carácter voluntario superaron a las de viudos a partir de los años ochenta. Sin embargo, la interferencia de las nuevas nupcias y la velocidad con la cual éstas ocurren estaría ocultando la verdadera relación entre viudez y disolución voluntaria. En realidad, para establecer la verdadera dimensión de la relación entre viudez y uniones interrumpidas voluntariamente se requiere de información sobre las fechas y edades en las que suceden estos eventos para cada individuo que experimenta tales situaciones. Los censos, que es la fuente que utilizamos aquí, no son los más idóneos para su estudio.

LA DISOLUCIÓN VOLUNTARIA DE LAS UNIONES CONYUGALES

La disolución por duración y cohorte

Bajo el concepto de disolución voluntaria de uniones incluimos los divorcios, que son forzosamente de matrimonios, y las separaciones de hecho, que pueden resultar de la interrupción tanto de un matrimonio como de una unión libre.

Las encuestas nos han aportado información muy valiosa sobre la evolución de este fenómeno, que era poco frecuente hasta épocas recientes. Para las generaciones 1920-1924, que son las más antiguas para las que es posible reconstruir sus historias maritales en el caso de México, la duración promedio de unión de aquellas mujeres que se unieron alrededor de los 15 años de edad fue de 28.4 años en las áreas rurales (Encuesta de Fecundidad Rural de 1970) y de 25 años en las generaciones de mujeres inmediatamente posteriores (1925-1929), de acuerdo con la Encuesta Mexicana de Fecundidad (Quilodrán, 1979, 1991). Otra muestra de estabilidad la consti-



tuye la escasa proporción de mujeres con más de una unión que se registra en diversas encuestas levantadas hasta los años noventa.[14]

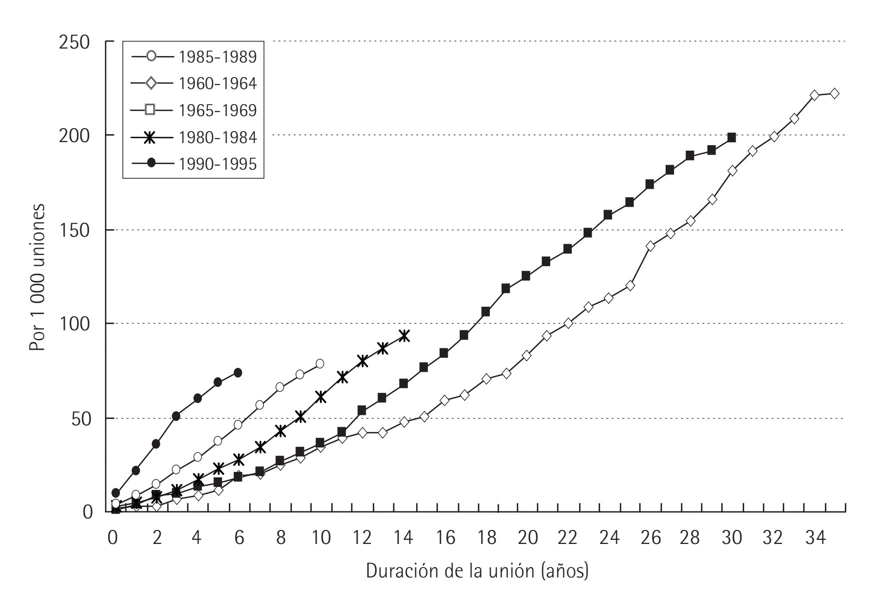
Sin embargo, la evolución por cohortes de unión, cualquiera que sea la edad de los contrayentes al unirse, es contundente en cuanto a mostrarnos tanto la progresión como el rejuvenecimiento del calendario que está experimentando la disolución voluntaria. Las cohortes se suceden dejando ver que, para una misma duración, la probabilidad es más alta si la cohorte es más reciente (gráfica 6.5). Así, tenemos que a la duración cinco las tres cohortes más antiguas no superan la probabilidad de 10 disoluciones por 1 000 uniones, mientras que la cohorte 1985-1989 alcanza 25‰ y la más reciente, 1990-1994, llega a 60‰ en las vísperas del nuevo milenio. Cuando tomamos como referencia la duración 10, nos encontramos que las cohortes de los años sesenta presentan las mismas probabilidades (30‰); en cambio, las cohortes de los ochenta (1980-1984 y 1985-1989) comienzan a diferenciarse: 50 y 75‰, respectivamente. A los 15 años de duración solamente podemos comparar las tres cohortes más antiguas por los efectos de truncamiento. Lo que constatamos en este caso es que sus probabilidades son, en orden progresivo de la más vieja a la más joven, 50, 75 y casi 100‰. Estos aumentos significan incrementos de alrededor de 2.5% entre cohortes quinquenales, a cada una de las duraciones consideradas (5, 10 y 15 años), con excepción de la cohorte más joven, 1990-1994, que a los cinco años de duración experimentó un incremento de 3.5% con respecto a la cohorte inmediatamente superior en antigüedad.

Lo anterior significa, en términos de estabilidad de las uniones (divorcios y separaciones), que se está dando un proceso de disolución creciente desde la década de los ochenta a ritmos de crecimiento de al menos 0.5% anual. La experiencia de las cohortes de los años sesenta nos muestra que, transcurridos 30 años, se habría disuelto una de cada cinco uniones. La tendencia de las cohortes más jóvenes sugieren que en esta misma duración las uniones disueltas podrían elevarse a una de cada cuatro, o incluso un poco más. No obstante, los niveles seguirían estando por debajo de los que imperan en muchos otros países de la región.

Otra observación que cabe es que en las dos cohortes más recientes, a diferencia de las demás, la disolución comenzó a crecer desde la duración

[14] 7.5% en la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976 y 8.4% en la Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982.





Fuentes: Quilodrán, 2000; Gómez, 2006, y cálculos propios basados en la Endifam, 2005.

Gráfica 6.5. Probabilidad acumulada de la disolución de uniones por cohortes y duración de la unión.

cero, prácticamente a partir del momento mismo en que se celebró la unión (matrimonio o unión libre).

Diferenciales de las proporciones de divorcios y de separaciones por sexo

Aun cuando no es nuevo ni privativo de México, en cada censo se vuelve a constatar que la proporción de mujeres separadas supera en una relación que varía entre dos y tres veces la de hombres. Se trata de una diferencia de género relacionada principalmente con la menor probabilidad de volver a contraer nupcias por parte de las mujeres.

En el cuadro 6.6, que contiene las razones entre hombres y mujeres según tipo de disolución de 1970 a 2000,[15] observamos que los valores

[15] La comparación no puede retroceder más porque no fue sino hasta 1970 cuando se introdujo por primera vez en el censo la pregunta que distingue entre separación de hecho y divorcio.


EL COLEGIO DE MÉXICO

relativos a los divorcios masculinos son alrededor de dos veces más elevados que aquellos que presentan las mujeres (entre 1.8 y 2.3 veces más). En el caso de las separaciones, la brecha entre hombres y mujeres es aún mayor, variando entre 2.8 y 3.2 veces.

Estas diferencias pueden leerse, en primer lugar, como lo adelantamos antes en el caso de la viudez, en términos de las diferencias de género en las probabilidades de "rematrimonio". Pero también pueden ser interpretadas en el sentido de que los hombres se declaran más fácilmente en uniones interrumpidas que las mujeres.

Cuadro 6.6. Razones entre las proporciones de hombres y mujeres de 15 a 59 años de edad por tipo de disolución conyugal, 1970-2000

Tipo de disolución	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*
Divorcios	1.8	2.3	2.2	2.2
Separados	2.8	3.0	3.2	2.9

Fuente: Quilodrán, 2006.

En el caso del divorcio, existe un documento que acredita el evento y todo un proceso anterior cuya vivencia hace que los cónyuges internalicen la situación y sea más difícil negarla. En el caso de la separación, se trata del reconocimiento que los individuos hacen de una situación de hecho, que puede llegar o no a convertirse en un divorcio cuando la separación procede de un matrimonio.

Es muy probable que la incorporación, en un futuro no lejano, de modalidades de parejas más flexibles, como por ejemplo, parejas que no cohabitan (parejas LAT), contribuyan a atenuar estos diferenciales.

¿QUÉ PAREJAS Y QUÉ FAMILIAS EN EL SIGLO XXI?

El siglo XX estuvo marcado por la consolidación del matrimonio civil como única forma legal de establecerse en una unión conyugal, así como por su prevalencia con escasas oscilaciones a través del tiempo. Los cambios más relevantes fueron la postergación de la edad de la primera unión y, sobre todo, del matrimonio, especialmente entre las mujeres. Junto con esto se produjo un retroceso significativo de la viudez como consecuencia del descenso de la mortalidad y una baja incidencia de las disoluciones voluntarias (separaciones



y divorcios).[16] Puede considerarse que estas características formaron parte del régimen demográfico que caracterizó a México hasta fines de los años sesenta, cuando comienza el proceso de transición hacia una baja fecundidad.

El siglo termina con el matrimonio legal en declive. A esta secularización del vínculo conyugal dada por un matrimonio que prescinde de manera cada vez más frecuente de su sacralización, se añade la unión libre como una forma privilegiada, sobre todo por los jóvenes, para establecerse en pareja. También se incrementa la soltería y en forma paralela comienza a darse una mayor tolerancia hacia las relaciones sexuales premaritales y la reproducción fuera de matrimonio, todo esto en un escenario de inestabilidad conyugal en aumento.

Lo anterior hace que la "nupcialidad", entendida en su acepción amplia de fenómeno que se ocupa de la formación y estabilidad de las parejas conyugales, recobre su vigencia como objeto de estudio independiente. Restringida al papel de "variable intermedia" de la fecundidad, en el marco interpretativo más utilizado durante la segunda mitad del siglo pasado (Davis y Blake, 1956), la nupcialidad se está convirtiendo, paulatinamente, en uno de los ejes del cambio demográfico. En forma semejante a lo que ocurrió en el Antiguo Régimen, vuelve a influir sobre la dinámica demográfica al retirar a las mujeres de la reproducción a causa de un aumento de la soltería, fenómeno que se agrega, esta vez, a los efectos de la anticoncepción. La interrupción de uniones juega en este mismo sentido, pero su incidencia no es tan clara desde el momento en que se tienen pocos hijos y que éstos nacen, por lo general, antes de que se produzca la ruptura de la primera unión.

Las consecuencias de estos cambios todavía son difíciles de apreciar en toda su extensión. Lo que sí se puede adelantar es que el establecimiento de una pareja pasará de ser un hito en la transición a la adultez, a un proceso prolongado y difuso donde, además, la vida sexual, marital y reproductiva se entrelazarán, apartándose de su secuencia habitual; vale decir, de la norma relativamente estricta, en la cual el matrimonio marcaba el inicio de la vida sexual y reproductiva estable. Esta situación diversificará necesariamente los itinerarios conyugales tanto de las personas en lo individual como de las parejas y, con ello, la organización familiar de la sociedad en su conjunto. Todo apunta hacia un modelo de convivencia conyugal donde el matrimonio pierde centralidad como la institución que legitima

[16] Véase Quilodrán, 1989 y 1991.



la vida en pareja y, con ello, el ejercicio de la sexualidad y la formación de la descendencia.

En suma, lo que se está modificando es la secuencia normativa de matrimonio → sexualidad → descendencia (donde el matrimonio tenía un papel protagónico), por una donde el abanico de posibilidades se amplía, producto, en gran medida, de la transformación de las relaciones dentro de la familia; relaciones menos jerárquicas que han vuelto, como decíamos hace un momento, más flexibles las normas relativas a la sexualidad premarital e, incluso, la reproducción fuera de matrimonio.

¿Caminamos entonces hacia una sociedad con pocos hijos, o sea, una sociedad en la que, en comparación con el pasado, el promedio de hijos por mujer es reducido, ya sea porque tienen pocos o porque pocas mujeres tienen hijos?, ¿en la que no siempre los tienen dentro del matrimonio o de una unión libre estable? O bien, ¿en la que un gran número de mujeres se excluye de la reproducción? A este respecto podemos imaginar al menos tres escenarios, si tomamos en consideración dimensiones tales como la naturaleza del vínculo conyugal, la vida sexual, la descendencia y la corresidencia.

Modelo de reproducción tradicional

- Vínculo conyugal formal y estable.
- Práctica de la sexualidad y formación de la descendencia por lo general dentro del matrimonio.
- Escasa soltería.
- Corresidencia de los cónyuges.

Modelo de reproducción postransicional

- Vida sexual preconyugal generalizada.
- Pérdida de vigencia del vínculo conyugal formal.
- Incremento de los hijos nacidos vivos antes de la unión.
- Vínculo conyugal inestable.
- Uniones sucesivas.
- Soltería frecuente.
- Descendencia reducida (fecundidad baja).
- Corresidencia de los cónyuges.

Modelo alternativo

- Relaciones sexuales preconyugales generalizadas.
- Vínculos conyugales no formalizados, inestables y sucesivos.



- Maternidad devaluada.
- Soltería frecuente.
- Relación conyugal sin corresidencia de los cónyuges (LAT).

No cabe duda que la norma de una vida conyugal estable que domina el imaginario colectivo se aleja cada vez más de las reglas tradicionales. Dar cuenta de la velocidad de los cambios que están ocurriendo en este ámbito y abundar sobre sus razones resulta un reto difícil de llevar a cabo, pero urgente. En este trabajo nos propusimos dar los primeros pasos asentando los rasgos más señeros de la situación en el siglo XX y los cambios que comenzaron a manifestarse al finalizar éste.

El repaso de las tendencias puso de manifiesto el incremento durante el siglo XX de la doble institucionalización del matrimonio —civil y religioso—, sin que ello haya significado la desaparición de la unión libre como alternativa tradicional al matrimonio. Sin embargo, en la última década del siglo pasado, en los años noventa, el matrimonio civil y religioso pierde fuerza, se seculariza (aumento de los matrimonios sólo civiles) y rápidamente comienza también a desinstitucionalizarse (incremento de las uniones libres). Es posible que estos procesos, que por el momento comprometen a las generaciones más jóvenes, deriven en el mediano plazo en la legalización de las uniones libres establecidas e, incluso, en su posterior sacralización. De modo que lo que estaría ocurriendo es la construcción de una modalidad en la que ciertos sectores de la población están formando parejas a edades muy tempranas, mayoritariamente en uniones libres, pero otros, más numerosos, están postergando la unión hasta alrededor de los 30 años. No obstante, estas uniones tempranas y, en gran medida, constituidas por uniones libres, son reproductivas y se interrumpen rápidamente.

Todos los cambios antes señalados van en la dirección de aquellos planteados por la segunda transición demográfica en lo que respecta a la formación y estabilidad matrimonial: más convivencia fuera de matrimonio (unión libre) que conlleva una vida sexual premarital y un mayor número de nacimientos fuera de matrimonio; una elevación de la soltería, con la consiguiente postergación de la edad a la unión y al matrimonio; y un aumento de la disolución voluntaria de uniones. Sin embargo, el camino recorrido desde que estos fenómenos comenzaron a manifestarse es corto para considerar que se trata de procesos consolidados y, menos aún, que el resultado será un modelo de nupcialidad con las mismas características de



los que se han definido para algunas regiones de Europa o de otros países desarrollados. Existen diferencias conceptuales y semánticas que establecen de inicio diferencias con este marco teórico. Así, tenemos que la unión libre, que es una de las peculiaridades del modelo latinoamericano de nupcialidad, está conformada por la fracción más pobre de la población y no la más escolarizada, como ocurre en el modelo de la segunda transición demográfica; la categoría de solteros se usa en la acepción de "no unidos", en lugar de la de "no casados", y la categoría de uniones interrumpidas de manera voluntaria no equivale a los divorciados, sino a quienes se encuentran separados de hecho o divorciados.

A pesar de las reservas anteriores, se puede considerar que México está dejando atrás el modelo de nupcialidad de gran estabilidad que lo caracterizó. Con retraso sobre el descenso de la fecundidad, pero con señales inequívocas, el modelo de nupcialidad se transforma en los mismos aspectos previstos por el modelo de la segunda transición demográfica, pero no necesariamente con los mismos resultados.

REFERENCIAS

Benítez Zenteno, R., y J. Quilodrán (comps.), 1984. *La fecundidad rural en México*. México, El Colegio de México.

Brambila, C., 1985. *Migración y formación familiar en México*. México, El Colegio de México.

Castro Martín, T., 1997. Marriages without papers in Latin America, en *International Population Conference/Congrès International de la Population: Beijing, 1997*, vol. 2. Bruselas, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 941-960.

Castro Martín, T., 2001. Matrimonios sin papeles en Centroamérica: persistencia de un sistema dual de nupcialidad, en R. Bixby (ed.), *Población del Istmo 2000*. San José, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, pp. 41-66.

Davis, K., y J. Blake, 1956. Social structure and fertility: An analytic framework, *Economic Development and Cultural Change* **IV** (3): 211-235.

Dirección General de Estadística, 1971. *IX Censo de Población*. México, Secretaría de Industria y Comercio.

Documentos del Magisterio de la Iglesia, 1993. *Catecismo de la Iglesia católica*. México, Coeditores Católicos de México.

Giorguli, S., y D. Lindstrom, 2005. Notas sobre intersección entre los ciclos de vida



familiar y la migración internacional, *Estudios Demográficos y Urbanos* **20** (3): 633-636.

Gómez, M., 2006. *Estructura de la disolución de uniones en México. Análisis de las generaciones de unión 1970-1979 y 1980-1989*, tesis de licenciatura en Actuaría. México, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM.

GS, 1966. Constitución *Gaudium et Spes*, no. 50, en *Documentos del Concilio Vaticano II*. Madrid, Ed. Católica. Disponible en <*http://www.archimadrid.es/princi/princip/otros/docum/magigle/vaticano/ges.htm*>.

Gómez de León, J., 2001. Los cambios en la nupcialidad y la formación de familias: algunos factores explicativos, en Consejo Nacional de Población, *La población de México, tendencias y perspectivas demográficas hacia el siglo XXI*. México, Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Población, pp. 207-241.

Inglehart, R., 1977. *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Publics*. Princeton, Princeton University.

IIS (Instituto de Investigaciones Sociales), 2005. *Encuesta de la Dinámica de las Familias*. Endifam. México, IIS, UNAM-DIF.

INEGI, 1997. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Enadid. Aguascalientes. México.

INEGI, 2002. *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Edición 2002*. México.

INEGI, 2001. *XII Censo de Población y Vivienda 2000*, Aguascalientes. México.

Juárez, F., y J. Quilodrán, 1990. Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México, *Revista Mexicana de Sociología* **LLI** (1): 33-49.

Laslett, P., 1993. La historia de la familia, en P. Gonzalbo Aizpuru (ed.), Historia de la familia. México, Instituto Mora-UAM, pp. 43-73.

Lesthaege, R., 1995a. La deuxième transition démographique dans les pays occidentaux: une interprétation, en *Transitions Démographiques et Sociétés. Chaire Quetelet 1992*. París, Institut de Démographie-Université Catholique de Louvain-la-Neuve-Academia-L'Harmattan, pp. 133-162.

Lesthaege, R., 1995b. The Second Demographic Transition, en Mason y Jensen (coords.). *Gender and Family: Change in Industrialized Countries*. Oxford, IUSSP, pp. 17-62.

Lesthaege, R., 1998. On theory development: Applications to the study of family formation, *Population and Development Review* **24** (1): 1-14.

Livi-Bacci, M., 1994. À propos de la transition démographique, en *Transitions démographiques et sociétés*. París, Institut de Démographie, pp. 449-458.

López, E., 1992. *Ética de la sexualidad y el matrimonio*. Madrid, Ediciones Paulinas.

Luna, S., 2004. *La dynamique familiale au Mexique après la dissolution des unions*, tesis de doctorado. París, Université Paris X-Nanterre.

McDonald, P., 1985. Social organization and nuptiality in developing societies, en J. Cleland y J. Hobcraft (eds.), *Reproductive Change in Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey*. Londres, Oxford University Press, pp. 87-114.



Ojeda, N., 1989. *El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Palloni, A., y E. Fussell, 2004. Persistent marriage regimes in changing times, *Journal of Marriage and Family* (66): 1201-1213.

Parrado, E.A., y R.M. Zenteno, 2002. Gender differences in union formation in Mexico. Evidence from marital search models. *Journal of Marriage and Family* (64): 756-773.

PCF (Pontificio Consejo para la Familia), 1995. *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en familia*. Ciudad del Vaticano, 8 de diciembre.

Pérez Amador, A., 2004. *La disociación entre el inicio de la sexualidad y la unión conyugal de las mujeres y los varones urbanos en México: dos aproximaciones metodológicas*, tesis de maestría en Demografía. México, El Colegio de México.

Pío XII, 1995. Encíclica *Casti connubii*, en A. Sarmiento (dir.), *La nueva familia, futuro de la humanidad*. Madrid, Biblioteca Autores Cristianos.

Quilodrán, J., 1974. Evolución de la nupcialidad en México 1900-1970, *Demografía y Economía* **VIII** (1)22: 34-49.

Quilodrán, J., 1979. La nupcialidad en las áreas rurales de México, *Demografía y Economía* **XIII** (3)39: 263-316.

Quilodrán, J., 1980. Algunas características de la fecundidad rural, *Demografía y Economía* **XIV** (4)44: 397-410.

Quilodrán, J., 1984. Impacto de la disolución de uniones sobre la fecundidad en México, en R. Benítez Zenteno, R. Jiménez Ornelas y A. Minujín Zmud (coords.). *Los factores del cambio demográfico en México*. México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 178-203.

Quilodrán, J., 1985. Modalités de la formation et évolution des unions en Amérique Latine, en *International Population Conference*. Florencia, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 269-280.

Quilodrán, J., 1989. México: diferencias de nupcialidad por regiones y tamaños de localidad, *Estudios Demográficos y Urbanos* **IV** (3): 595-613.

Quilodrán, J., 1991. *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México, El Colegio de México.

Quilodrán, J., 1998. *Le mariage au Mexique: évolution nationale et typologie régionale*. Bélgica, Université Catholique de Louvain-Bruylant-Academia-L'Harmattan.

Quilodrán, J., 2000. Atisbos de cambio en la formación de parejas conyugales a fines del milenio, *Papeles de Población* (25): 9-33.

Quilodrán, J., 2001a. *Un siglo de matrimonio en México*. México, El Colegio de México.

Quilodrán, J., 2001b. L'union libre Latinoamericaine a t-elle changée de nature? Ponencia presentada en el XXIV Congreso de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. Salvador, Bahía, International Union for the Scientific of Population.



Quilodrán, J., 2005. Transitions to sexual, marital, and reproductive life in Latin America. An analysis of its generational sequences and variations. Ponencia presentada en el XXV Congreso de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. Tours, Francia, International Union for the Scientific of Population.

Quilodrán, J., 2006. El avance en la disolución de uniones en México, ponencia presentada en Seminario del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México, 24 de noviembre.

Quilodrán, J., 2008. Los cambios en la familia vistos desde la demografía; una breve reflexión, *Estudios Demográficos y Urbanos* **67** (23)1: 7-22.

Quilodrán, J., y F. Juárez, 2009. Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis desde sus propios relatos, *Notas de Población* (87): 63-94.

Quilodrán, J., y M. Zavala de Cosío, 1996. Efecto del descenso de mortalidad sobre la esperanza de vida de las parejas en F. Juárez, J. Quilodrán y M. Zavala de Cosío, *Nuevas pautas reproductivas en México*. México, El Colegio de México, pp. 225-232.

Rivera, P., 2004. *Las mujeres jóvenes frente a la reproducción*, tesis de maestría en Demografía. México, El Colegio de México.

Rodríguez, J., 2004. Cohabitación en América Latina: ¿modernidad, exclusión o diversidad? *Papeles de Población* (40): 97-145.

Roussel, L., 1984. Les nouveaux modèles familiaux: évolution récent de la nuptialité et des remariages en France, en *La situation démographique en France et l'Union Soviétique*. Paris, INED, pp. 135-149.

Sardon, J., 2000. Evolutions récentes de la démographie des pays dévéloppés, *Revue Population* **4** (5): 729-764.

Solís, P., 2002. Cambios recientes en la formación de uniones consensuales en México, en F. Lozano Ascencio (coord.), *El amanecer de un siglo y la población mexicana*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 357-378.

Théry, I., 1998. *Couple, filiation et parenté aujourd´hui*. París, Éditions Odile Jacob-La Documentation Française.

Van de Kaa, D., 1987. Europe's second demographic transition, *Population Bulletin* **42** (1): 1-59.

Welti, C., 1981. La etapa de formación de las uniones maritales en tres áreas metropolitanas de México, *Revista de Estadística y Geografía* **8** (5): 79-96.



APÉNDICE ESTADÍSTICO

Cuadro AE-6.1. Distribución de la población de 15 a 59 años por estado civil y sexo en los censos de 1930, 1970 y 2000
(porcentajes)

Estado civil[1]	*1930*	*1970*	*2000*
Hombres			
Solteros	32.2	33.0	36.9
En unión	62.7	63.7	60.4
Uniones interrumpidas	5.2	3.3	2.7
Mujeres			
Solteras	30.8	31.3	31.3
En unión	55.8	58.8	60.6
Uniones interrumpidas	13.3	9.9	8.3

[1] La categoría de los "no declarados" fue excluida.
Fuentes: Quilodrán, 2001a: 132. Para el año 2000: cálculos propios basados en el XII Censo de Población y Vivienda, 2000.



7
SALUD REPRODUCTIVA Y DESIGUALDADES EN LA POBLACIÓN

Ivonne Szasz y *Susana Lerner**

CONTENIDO

Introducción	214
Los desafíos conceptuales que plantea el enfoque de salud reproductiva a los programas	215
Los desafíos históricos de fin de siglo: el aumento de las necesidades sociales y la focalización de los recursos públicos	217
Las desigualdades sociales que estructuran los significados y las prácticas sexuales y reproductivas	219
Las mujeres indígenas residentes en zonas rurales marginadas	226
El embarazo en mujeres adolescentes	237
Puentes entre la investigación social y las políticas públicas	244
Referencias	249

* Profesoras-investigadoras del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*iszasz@colmex.mx*> y <*slerner@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

Este capítulo está basado en los resultados de un diagnóstico sobre las relaciones entre salud reproductiva y condiciones de vida de distintos grupos de la población mexicana a comienzos del siglo XXI.[1] Los hallazgos del estudio muestran la persistencia de grandes desigualdades socioeconómicas, inequidades de género y jerarquías étnicas entre la población del país en los albores del nuevo siglo, y verifican que distintos grupos de población ubicados en diferentes contextos geográficos, económicos, sociales y culturales viven condiciones de vida extremadamente diferenciadas que tienen repercusiones en la salud reproductiva. Por otra parte, señala contrastes entre el nivel retórico de las políticas de población y salud y los resultados de los programas y las intervenciones en la vida concreta de las personas, identificando tanto condiciones sociales como mecanismos institucionales que requieren ser enfrentados. Se trata de una investigación interdisciplinaria que privilegió la mirada de las ciencias sociales con una perspectiva crítica, incorporando ejes analíticos clave que ejercen distintos grados de determinación en el ámbito de la salud reproductiva. En ella se desarrollaron conceptos e indicadores que permitieron aprehender las condiciones de vida expresadas en necesidades básicas y necesidades insatisfechas en salud reproductiva. El estudio estuvo enmarcado en los más amplios debates teóricos acerca de las necesidades y los derechos humanos para identificar los bienes que toda persona debiera lograr en una comunidad socialmente justa, en un riguroso proceso de reflexión crítica sobre las desigualdades como contexto estructurante y diferenciador de las experiencias y prácticas reproductivas de las personas y del accionar de las instituciones, y en el enfoque ético de la promoción de la democracia en los ámbitos públicos y privados de la reproducción y la sexualidad.

El estudio partió de un marco conceptual amplio y complejo que requirió de una elaborada variedad y combinación de herramientas metodológicas. Se compartió un indicador común de estratificación social, diseñado por Carlos Echarri, que relaciona las condiciones de vida con diversos indi-

[1] El diagnóstico, elaborado mediante una investigación académica colectiva, contó con la participación de 30 investigadores e investigadoras de 13 centros de investigación y educación superior. Fue coordinado por Susana Lerner y por los investigadores del programa Salud Reproductiva y Sociedad, del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.



cadores de salud reproductiva y en las investigaciones temáticas se construyeron indicadores sobre la equidad de género y sobre la autonomía decisoria de las personas entrevistadas, así como sobre diversos grados de satisfacción de necesidades específicas en salud reproductiva. Tanto los procesos de investigación temática como los tres años de debates teóricos, conceptuales y metodológicos sostenidos entre los investigadores que participaron en el diagnóstico y un número similar de especialistas en el tema que comentaron extensamente los trabajos permitieron acercarse de la manera más compleja y completa posible a las necesidades específicas de diversos grupos de población, relacionando sus condiciones de vida con la salud reproductiva.

Mediante el uso de estos instrumentos analíticos se pudo establecer bajo qué condiciones materiales, culturales e ideológicas y obedeciendo a cuáles intereses se plantean, confrontan y resuelven las necesidades en salud reproductiva de la población mexicana y cuáles de esas necesidades se pueden considerar insatisfechas desde el punto de vista de las personas que las experimentan. Se identificaron tanto los grupos poblacionales sujetos a mayores condiciones de exclusión, segregación, vulnerabilidad y precariedad en materia de salud reproductiva, como algunos mecanismos de discriminación y coerción ejercidos por instituciones y agentes involucrados en las intervenciones. Además de presentar los resultados más importantes, en este texto se señalan algunas propuestas que buscan trazar un puente entre las necesidades institucionales y gubernamentales, por una parte, y las necesidades socialmente definidas y experimentadas por las personas que son titulares del derecho a la salud, por la otra.

LOS DESAFÍOS CONCEPTUALES QUE PLANTEA EL ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA A LOS PROGRAMAS

El plan de acción suscrito por el Estado mexicano en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que se llevó a cabo en El Cairo en 1994 establece que: "La salud reproductiva […] significa que la gente es capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tiene la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hace, cuándo y cada cuánto tiempo" (Naciones Unidas, 1994:72). El programa de acción suscrito por México llevó a transformar la perspectiva de investigación y las intervenciones en el campo de la reproducción humana, la sexualidad y la sa-


EL COLEGIO DE MÉXICO

lud, poniendo énfasis en las condiciones de acceso y calidad de los servicios y estableciendo las bases para el ejercicio de los derechos humanos en materia de sexualidad y reproducción. El compromiso que contrajo México se concretó en la reorientación del Programa Nacional de Población y la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Reproductiva desde 1995. Estos cambios en la agenda política han estado acompañados de una participación creciente de la sociedad civil y de una visión crítica de la investigación académica sociodemográfica y han multiplicado los desafíos para las políticas, los programas y las instituciones.

Uno de esos desafíos se refiere precisamente a la complejidad conceptual y la necesidad de ciudadanización contenida en el nuevo paradigma. El enfoque de salud reproductiva enfatiza las necesidades de las personas, buscando la interacción entre los derechos humanos, las opciones socialmente disponibles y la autodeterminación de los individuos sobre su vida reproductiva. Con anterioridad a este paradigma, los estudios demográficos habían empleado un concepto muy estrecho de "necesidades insatisfechas", que se fundamentaba en un paradigma "poblacionista", centrado en la disminución de la fecundidad de las mujeres mexicanas maritalmente unidas, en especial las de los grupos menos favorecidos de la población, por considerar que su reproducción era un problema social. El enfoque poblacionista se dirigía únicamente a resolver la anticoncepción en un grupo específico de población, bajo la responsabilidad exclusiva de las instituciones gubernamentales de salud, mediante un modelo programático único de constante expansión de usuarias de métodos modernos para regular y reducir la fecundidad, sin consideración de desigualdades, diferencias y necesidades particulares. Las "necesidades insatisfechas" no eran definidas por las personas que las experimentaban, sino que eran imputadas en relación con el logro de objetivos institucionales, determinando el predominio de paradigmas biomédicos y metas demográficas en las decisiones reproductivas. Si bien esta intervención logró un rápido descenso de fecundidad en amplios sectores y garantizó a muchas mujeres el derecho a tener una vida reproductiva regulada, la regulación correspondió más a las instituciones de salud que a la libre decisión de las personas. Fue una perspectiva que segmentó a los servicios y a la población que tiene relaciones sexuales y que se reproduce, excluyendo a sectores como los varones, los jóvenes, o las mujeres solteras, desatendiendo necesidades como la prevención y el tratamiento de infecciones o el tratamiento de efectos secundarios de las propias intervenciones institucionales, y pasando por alto los derechos a decidir libre e individualmente sobre el propio cuerpo.



El enfoque de salud reproductiva, de mayor envergadura y más comprensivo, se centra en las necesidades individuales de las personas, construidas culturalmente en sus grupos sociales de pertenencia y estructuradas por sus condiciones de vida, y destaca la equidad y los derechos humanos en materia de sexualidad y reproducción (Balán, 1999; Lerner y Szasz, 2003; Mundigo, 1999). Este enfoque complejo requiere tomar en cuenta la diversidad de circunstancias económicas, sociales, culturales, institucionales e ideológicas en que viven los mexicanos, la diversidad de actores y procesos sociales que influyen en las prácticas reproductivas, las inequidades y relaciones de poder, los derechos a la autodeterminación de las personas, y a las realidades de las propias instituciones que atienden la salud reproductiva.

El enfoque de las ciencias sociales en salud reproductiva busca transitar a un concepto de necesidades cuyo contenido sea definido por las propias mujeres y hombres de acuerdo con sus condiciones sociales y su contexto cultural, en lugar de imputar o atribuir de manera estrecha o simplista esas necesidades de acuerdo con los intereses de instituciones responsables, funcionarios o grupos de poder político. Se trata de transitar hacia una perspectiva conceptual más amplia que señala la necesidad de intervenir en la satisfacción de necesidades que aún no son tomadas suficientemente en cuenta en el ámbito gubernamental, pero que son parte de los debates públicos y de las demandas de la sociedad civil y que aparecen en los resultados de la investigación académica. El uso de los resultados de esta investigación permitirá tomar en cuenta condiciones económicas, sociales y culturales de personas de distintos grupos poblacionales que requieren de servicios y tienen necesidades específicas, rescatando las voces y perspectivas de diferentes actores sociales. La posibilidad de escuchar estas voces disímiles permitirá rectificar acciones y rumbos en beneficio de las personas y de las instituciones, adaptar las acciones a contextos y situaciones que definen necesidades particulares y afrontar mejor los múltiples retos por superar.

LOS DESAFÍOS HISTÓRICOS DE FIN DE SIGLO: EL AUMENTO DE LAS NECESIDADES SOCIALES Y LA FOCALIZACIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS

Además del desafío que representa la complejidad del nuevo paradigma, las acciones gubernamentales en salud reproductiva enfrentan el reto de las constantes reducciones de presupuestos públicos dirigidos a satisfacer esas



necesidades. Desde la década de los noventa se redefinió el marco institucional de la política de salud por medio de una profunda reforma organizacional, en el marco de una presión económica sobre el sector surgida en los años ochenta y dirigida a reducir los gastos gubernamentales. Sin embargo, a la disminución de los presupuestos para salud se agregaron cambios en el contexto social que aumentaron la demanda por servicios de salud, tales como el aumento del trabajo informal, la pérdida del poder adquisitivo de los salarios, el aumento o persistencia de la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida. Las nuevas demandas que representaron estas condiciones sociales emergentes en las dos últimas décadas del siglo pasado pusieron límites a la capacidad estatal de brindar atención en salud para todos los mexicanos. La reforma del sector buscó un aumento de la participación del sector empresarial en la salud, abriendo grandes espacios para la medicina privada, subrogando servicios en organizaciones sociales, estableciendo cuotas de recuperación de gastos y focalizando las acciones gubernamentales hacia los grupos sin acceso a la atención privada de alta calidad. La idea central que subyace a la reforma del sector salud postula que el mercado es capaz de producir equidad y que las instituciones públicas de salud con cobertura universal ya no son costeables por el Estado mexicano. La focalización se fundamentó en el reconocimiento de la necesidad de intervenciones diferenciadas para distintos grupos de población, de políticas más equitativas y de servicios eficaces y de calidad (Abrantes y Pelcastre, 2008).

Los resultados del diagnóstico permiten identificar la medida en que las acciones emprendidas a finales del siglo XX lograron comprender que los fenómenos de la salud reproductiva no son unívocos ni carentes de relaciones de poder y jerarquías, que difieren por grupos sociales en sus significados, en las prácticas y actores sociales y en las necesidades por atender, y que la autodeterminación de las personas y la participación ciudadana son un componente central de las políticas y programas. Al mismo tiempo, busca establecer si la operación de los programas de salud reproductiva ha tendido a disminuir las inequidades sociales o si, al contrario, ha contribuido a reproducirlas. Al respecto, es importante señalar que instancias sociales como el Estado, el sistema escolar y las instituciones de salud transforman las asimetrías sociales y las relaciones de poder en principios normativos y despliegan mecanismos de coerción para asegurar esas jerarquías y garantizar la dominación, ejerciendo violencia simbólica contra numerosos grupos subordinados de la población (Bourdieu, 1999). El enfoque de



salud reproductiva y los compromisos suscritos por el gobierno mexicano en los años noventa proponen la reversión de esos procesos, provocando que los propios servicios públicos de salud incorporen a la población a la que sirven en el diseño y monitoreo de las acciones, y que al prestar servicios promuevan la ciudadanía, la autodeterminación y el ejercicio de derechos.

LAS DESIGUALDADES SOCIALES QUE ESTRUCTURAN LOS SIGNIFICADOS Y LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

El conjunto de investigaciones temáticas incluidas en el diagnóstico sobre la salud reproductiva en México demuestra de manera fehaciente que las diferencias de clase social, las relaciones de género y la desigualdad étnica configuran condiciones muy diversas para el acceso a los derechos y la satisfacción de necesidades en salud reproductiva. Estas condiciones desiguales constituyen un gran reto para las políticas y los programas, pues exigen decisiones estratégicas y una canalización muy diferente de los recursos públicos para poder transitar hacia condiciones más democráticas de acceso a los derechos humanos en concordancia con los compromisos internacionales suscritos, los derechos constitucionales y las demandas ciudadanas.

Una de esas investigaciones temáticas se refirió a las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) y reveló una importante asociación entre las relaciones de género en la pareja conyugal y la satisfacción de esas necesidades, así como entre la pobreza y la estratificación social y el aumento de las necesidades insatisfechas. Las desigualdades de género en la toma de decisiones reproductivas son un elemento fundamental de esas necesidades, puesto que aumentan de manera sensible cuando la pareja se opone o no aprueba el uso de anticonceptivos y las mujeres subordinan sus preferencias a las de sus esposos, sobre todo cuando su capacidad de decisión es limitada. Aun utilizando los indicadores tradicionales cuestionados por el autor, al comparar las NNSA en mujeres que residen en hogares del estrato socioeconómico alto con los estratos bajos y muy bajos y con las mujeres que viven las condiciones comunitarias más precarias, encuentra que esas necesidades no satisfechas se multiplican 10 veces en el segundo grupo de mujeres. Utilizando modelos estadísticos jerárquicos,



confirma que las mujeres de los estratos muy bajo, bajo y medio presentan un riesgo 2.72 y 1.85 veces mayor que el de las mujeres de estrato alto de tener insatisfechas sus necesidades anticonceptivas. Un hallazgo importante es que vivir en un contexto de baja escolaridad absoluta y relativa de los integrantes de la unidad doméstica y residir en comunidades de alta marginación potencia esta asociación con la insatisfacción de necesidades. Entre los resultados de su estudio destaca la relevancia que juega la estructura y organización de los servicios de salud en la satisfacción de las necesidades anticonceptivas de las mujeres mexicanas, puesto que a pesar de la supuesta oferta universal y gratuita de servicios anticonceptivos en las instituciones gubernamentales, el aislamiento y la dispersión de algunas comunidades dificulta el acceso efectivo de su población a los servicios, especialmente el acceso a unidades hospitalarias de segundo nivel. El estrato socioeconómico del hogar resultó ser la variable que más discriminó el nivel de las NNSA, efecto que tiende a potenciarse en las localidades de alta o muy alta marginación, sugiriendo que las NNSA parecen ser una manifestación de la grave desigualdad social existente en el país (Aparicio, 2008).[2]

Una segunda investigación temática sobre las necesidades anticonceptivas se centró en las relaciones de pareja. En una exploración sobre los factores de género y de clase social que facilitan o dificultan el uso de anticonceptivos, Casique (2008) encuentra que los factores que reducen significativamente las probabilidades del uso de métodos reguladores de la fecundidad en las parejas mexicanas son el estrato socioeconómico muy bajo, la residencia rural, el mayor número de hijos de la mujer y una diferencia de edad de cinco años o más entre los esposos. En estos casos, hay mayor desacuerdo en la pareja sobre el uso de anticonceptivos y, cuando hay disenso, predominan las opiniones de los hombres. Al contrario, los factores que favorecen el uso de anticonceptivos son los años de escolaridad de las mujeres, tal como lo han demostrado reiteradamente investigaciones anteriores. La autonomía de las mujeres con respecto a otras decisiones en

[2] Una innovación teórico-metodológica de esta investigación sobre necesidades insatisfechas de anticoncepción consiste en haber integrado de forma simultánea en el análisis tanto aspectos determinantes de la diferenciación económica y social de la población como algunas dimensiones contextuales relacionadas con las condiciones de marginación comunitaria, incluidos el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar, relacionando todos estos aspectos con el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales.



el hogar no parece incidir en mayor capacidad de decisión anticonceptiva. La autora reafirma la importancia de estudiar las relaciones de género y de clase social en relación con la anticoncepción, puesto que las personas tienen distintas posibilidades para incidir y definir su vida reproductiva, incluso en las relaciones de pareja, según sus experiencias de vida y según el lugar que ocupan en las jerarquías sociales. Existe un vínculo entre relaciones de poder y toma de decisiones, aun en los aspectos más personales como las decisiones sobre el propio cuerpo. Los significados, las normas, los ideales y las consecuencias de las transgresiones a esas normas e ideales son asumidos e interpretados diferencialmente según el espacio que ocupan las personas en el orden social, afectando las decisiones y prácticas sobre la reproducción, la anticoncepción, la vida sexual y la salud (Casique, 2008).

Otra de las investigaciones temáticas explora los cambios en el tiempo y la heterogeneidad social en las transiciones que definen la entrada a la vida sexual, a la vida conyugal y a la maternidad en las mujeres mexicanas de comienzos del siglo XXI. Tanto la edad como la secuencia en que se producen la entrada a la vida sexual, al matrimonio o unión y a la maternidad de las mujeres determinan necesidades diferentes de salud reproductiva. Solís, Gayet y Juárez (2008) se preguntan si la secuencia de estas transiciones se invirtió (primero la vida sexual y después la vida conyugal) con la modernización propia del advenimiento de la anticoncepción moderna, los procesos de individuación de las normas, los cambios en el matrimonio y la masificación de información sobre la sexualidad, tal como ocurre en las sociedades más industrializadas, y si esta posible emergencia de una sexualidad moderna varía en función de la estratificación social y la residencia rural o urbana de las mujeres. El único cambio significativo que observan en el tiempo es que en las generaciones más jóvenes la entrada a la unión marital y el comienzo de la vida sexual se han retrasado, con un gran aumento de las diferencias entre un pequeño segmento de mujeres urbanas de alta escolaridad que las postergan y la gran mayoría de las mexicanas, quienes mantienen los patrones establecidos en las generaciones anteriores. El porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación sexual antes de una unión marital, que asciende a 35%, se mantuvo constante en el tiempo, mostrando que la proporción de mujeres jóvenes (menores de 26 años) que tiene relaciones sexuales premaritales no aumentó entre 1970 y 2000, a pesar de la irrupción de la anticoncepción moderna, los medios masivos de comunicación y los procesos de globalización y difusión de nuevas ideas



(Solís, Gayet y Juárez, 2008).[3] En su análisis estadístico explicativo, verifican que se ha retrasado el calendario de la primera relación sexual de las mujeres y señalan que el estrato social de origen tiene un efecto importante sobre este hecho, puesto que en la medida en que se incrementa la escolaridad y la residencia urbana, el inicio de la vida sexual tiende a postergarse, siendo más tardío en la medida en que se asciende en la jerarquía social.[4] El riesgo relativo de tener relaciones sexuales antes de unirse, así como el riesgo de posponer tanto las relaciones sexuales como la unión marital hasta después de los 25 años, es mucho mayor si se alcanza la preparatoria o la universidad que cuando no se asiste a la escuela. Los autores se preguntan si esta heterogeneidad en las prácticas sexuales y maritales expresa otras heterogeneidades más profundas y permanentes ligadas a la creciente desigualdad social (Solís, Gayet y Juárez, 2008).

Además de estas diferencias entre las mujeres por estratos sociales, un análisis comparativo de las prácticas sexuales entre hombres y mujeres señala marcadas diferencias por sexo y por clase social. La sexualidad de los hombres mexicanos se inicia claramente separada en el tiempo de sus uniones maritales y, en la mitad de los casos, fuera de una relación de noviazgo o de matrimonio. Las posibilidades de parejas sexuales para ellos son más diversas que para las mujeres, pero también entre los hombres se observan diferencias por estratos socioeconómicos: entre los hombres de los estratos medios y altos, la distancia en el tiempo entre inicio de la vida sexual y de la vida marital es mayor y el inicio de las relaciones sexuales con una novia es más frecuente que en los estratos bajos. En la vida marital, en los estratos altos aumenta la proporción de hombres que declaran que son "ambos" quienes toman la iniciativa para mantener relaciones sexuales y quienes aceptan sin molestarse y sin violencia la posibilidad de que sus cónyuges no quieran tener relaciones sexuales en algún momento (Szasz, 2008). En cambio, la sexualidad de la mayor parte de las mujeres mexicanas sigue

[3] De 35% de mujeres que inició la secuencia con relaciones sexuales antes de la unión marital, a los 26 años la gran mayoría ya estaban casadas o unidas y un pequeño porcentaje eran madres solteras, porcentaje que disminuyó en el tiempo, de 7.2% en la generación mayor a 5% en la más joven. La proporción de quienes se unieron después de un embarazo se ha mantenido constante, en 13 por ciento.

[4] Sin embargo, la probabilidad de tener relaciones sexuales premaritales se incrementa significativamente —independientemente de la cohorte o generación— en el grupo selecto de mujeres urbanas de alta escolaridad, las cuales posponen tanto la unión marital como las relaciones sexuales hasta después de los 23 años.



completamente vinculada con el inicio de la vida marital e inserta en las relaciones conyugales, en las cuales ellas no toman iniciativa para tener encuentros sexuales y una proporción minoritaria pero significativa no se atreve a expresar cuando no desea tener esas relaciones, o se expone a molestias, enojos o violencia de sus esposos si lo expresa. También para las mujeres se observan importantes diferencias por clase social, puesto que es en los sectores medios y altos donde aumenta la proporción de ellas que inician las relaciones sexuales con un novio antes de casarse y entre quienes la distancia en el tiempo entre inicio de esas relaciones premaritales y la vida conyugal es mayor. Es también en estos sectores donde una mayor proporción de mujeres señala que "ambos" toman la iniciativa para las relaciones sexuales conyugales y quienes con mayor frecuencia expresan cuando no desean tener relaciones sexuales y no se exponen a una reacción negativa del cónyuge (Szasz, 2008). Otro análisis de las prácticas sexuales y reproductivas de los hombres mexicanos reafirma también que las necesidades en salud reproductiva de los varones son muy diferentes según su estrato socioeconómico de pertenencia. La fecundidad de los varones de los estratos bajos es mayor, especialmente la descendencia final, pues empiezan a tener hijos más temprano y tienen un periodo reproductivo más prolongado. La distancia entre inicio sexual y unión marital es menor en los estratos bajos y en estos sectores los hombres reportan con más frecuencia haber tenido dos o más uniones maritales. Lo anterior influye en la fecundidad, ya que los hombres con más de una unión marital reportan un mayor número de hijos. Además de un mayor número de uniones, los hombres de los estratos bajos con más de una unión marital declaran tener más hijos nacidos vivos en promedio que aquellos de estrato medio y alto con más de una unión, y la diferencia llega al doble de hijos en los hombres con más de dos uniones maritales.

En general, la proporción de hombres que declaran haber tenido hijos fuera de sus uniones maritales es superior a la de quienes han tenido más de una unión marital, pero hay una práctica diferente entre estratos: en los estratos bajos, son los hombres mayores de 40 años quienes han tenido mayor número de hijos fuera de uniones; en cambio, en los sectores medio y alto son principalmente hombres jóvenes quienes tienen hijos antes de establecer una unión marital, práctica que fue declarada por 13% de los jóvenes. El uso de anticonceptivos con participación masculina alcanza 19% de los hombres con parejas estables, pero en más de la mitad de los casos se trata de métodos tradicionales (ritmo, en los estratos medios-altos,



y retiro, en los estratos bajos). Apenas 5% de los hombres usa el condón con sus parejas estables y 3% la vasectomía. Nuevamente, el único indicio de cambios en el tiempo se refiere a una mayor proporción de métodos masculinos usados por los jóvenes, siendo considerablemente más elevada la de los jóvenes de los estratos medio-altos (Rojas, 2008).

Las diferencias de clase social y género observadas en las prácticas sexuales se manifiestan también en las afirmaciones de hombres y mujeres del siglo XXI sobre los valores tradicionales de virginidad de las mujeres, importancia de las relaciones sexuales para los hombres y fidelidad conyugal más permisiva para los hombres y más restrictiva para ellas (Ariza y Oliveira, 2008). En general, las mujeres mexicanas expresan concepciones más conservadoras sobre la sexualidad que los hombres, sobre todo en aspectos tales como: desacuerdo con que las mujeres tengan relaciones sexuales antes de casarse y acuerdo con que para el hombre sea más importante tener relaciones sexuales que para la mujer. Las mujeres son más restrictivas hacia los comportamientos sexuales femeninos que hacia los de los hombres, y los hombres son más benévolos con sus propias prácticas que con las de las mujeres. En especial, es mucho mayor el conservadurismo en las opiniones sobre las dimensiones "virginidad" y "monogamia" en el control de la sexualidad. Al igual que en las prácticas, los hombres y mujeres de los estratos altos verbalizan posturas más liberales. Las pautas normativas tradicionales de preservación de la virginidad de las mujeres antes del matrimonio y exclusividad sexual de las mujeres en el matrimonio son mucho más respaldadas por los sectores populares y en menor medida por el estrato medio, siendo mayores las distancias por sectores socioeconómicos en los hombres. Las autoras concluyen que son las mujeres, los jóvenes y los pobres quienes afirman con más vehemencia las posiciones conservadoras. El hecho de que las posiciones tiendan a ser más conservadoras en la medida en que se desciende en la estructura social, sobre todo en relación con la adscripción de género, ilustra la fuerza de la violencia simbólica ejercida en contra de las mujeres y los grupos económicamente subordinados en el México de inicios del siglo XXI (Ariza y Oliveira, 2008).

Quienes aparecen en el tramo más bajo de esta jerarquía social son las mujeres indígenas. Entre ellas, la vida sexual y la vida matrimonial empiezan, en promedio, poco antes de los 18 años, un año más temprano que para las restantes mujeres rurales de zonas atendidas por los programas Oportunidades y Progresa, y unos cuatro años más temprano que para el resto de las mujeres mexicanas (Espinosa, 2008). Este inicio temprano de



la vida marital se relaciona con las normas y costumbres de género prevalecientes en estos grupos y con su ubicación en los estratos socioeconómicos de menores ingresos.

Estas costumbres establecen que si una mujer no tiene una pareja conyugal a los 18 años ya está "quedada", va para solterona. Incluso los y las jóvenes indígenas opinan en 60% de los casos que una mujer se debe unir maritalmente a más tardar a los 20 años. De acuerdo con las costumbres, una mujer de esa edad ya es grande, ya está madura. Más que una visión del amor romántico en el inicio de las parejas conyugales, prevalece una visión práctica, en el sentido de que como es el destino de las mujeres casarse, su ciclo vital les impone que esto ocurra alrededor de los 18 años, pues una mujer soltera y sin hijos no es mujer y una mujer "quedada" más allá de los 20 años tendrá que conformarse con un esposo menos codiciado socialmente. Una vez establecida la vida en pareja, pasa a ser la única opción para las mujeres en las realidades precarias y marginadas en que vive la población indígena rural, sin opciones educativas, laborales, artísticas ni residenciales para las mujeres, más que servir en las casas de sus padres, sus suegros o sus esposos. Aun con el paso a la adultez que representa iniciar la vida conyugal, en ésta siguen teniendo poca autonomía y muchas sujeciones familiares y sociales, sin que exista la posibilidad de que participen en la toma de decisiones. También el comienzo de la vida marital, el inicio sexual y el embarazo están subsumidos en la obediencia y la resignación. Las uniones se establecen mayoritariamente por una fuga consentida de los novios, como rito que formaliza la decisión de la pareja, pero a veces es precedido por relaciones sexuales o por un embarazo destinado a asegurar los derechos del varón a la exclusividad sexual de una mujer. También se mantiene en menor medida la costumbre de las novias "pedidas" o compradas por los padres del varón. En ambos casos van a vivir a la casa de la familia del esposo, donde las nuevas esposas aportan trabajo, atención sexual y capacidad reproductiva, sin que tengan el derecho a hacer propuestas o tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva (Espinosa, 2008).

Estas costumbres y prácticas, que establecen necesidades específicas de salud reproductiva en las mujeres indígenas, relegan a un escalón aún inferior en la escala social comunitaria a las mujeres sin esposo, a las que han sido madres sin pareja, a las mujeres unidas que no logran ser madres y a las mujeres viudas o las que han sido "dejadas" por sus esposos. Para ellas existen también necesidades y demandas específicas en relación con su



sexualidad y salud reproductiva. Al estar sometidas a rechazo, segregación, vergüenza y culpa presentan mayores riesgos de violencia sexual, de adquirir infecciones de transmisión sexual en relaciones involuntarias y mayores riesgos de salud en caso de un embarazo y de un parto. Estos mayores riesgos en la salud reproductiva se desencadenan porque estas mujeres experimentan depresión, vergüenza, ocultamiento, dificultades para acceder a los servicios, maniobras abortivas, nutrición inadecuada y falta de cuidados, existiendo también mayor ocultamiento de las muertes maternas cuando el embarazo que precedió a la muerte no era socialmente aceptado.

La mayor violencia simbólica que experimentan los grupos ubicados en las escalas más bajas de la jerarquía social se evidencia también en el caso de las mujeres indígenas. Cerca de 80% de las y los jóvenes indígenas opinó en una encuesta por muestreo de fines del siglo XX que una mujer casada debe pedirle permiso al esposo para salir sola o con los hijos, para trabajar y para usar anticonceptivos, siendo más alto el porcentaje de mujeres jóvenes que opina así. Más de dos tercios de los y las jóvenes opinan además que las mujeres deben pedir permiso para estudiar o para realizar gastos cotidianos, estableciendo fuertes restricciones para la autonomía individual en las decisiones relativas a su propio cuerpo y su salud reproductiva (Espinosa, 2008).

Dado que no es posible sintetizar en este artículo toda la riqueza de resultados contenidos en el diagnóstico, se ilustran a continuación dos de los ejemplos más significativos de grupos de la población con necesidades especiales en salud reproductiva: las mujeres indígenas rurales y las mujeres que experimentan embarazos en la adolescencia.

LAS MUJERES INDÍGENAS RESIDENTES EN ZONAS RURALES MARGINADAS

El diagnóstico realizado permitió identificar a las mujeres indígenas residentes en áreas rurales marginadas del país como el grupo poblacional más discriminado y excluido en lo que se refiere a sus derechos sexuales y reproductivos. Una parte muy importante de las necesidades en salud reproductiva de este grupo de mujeres no había sido adecuadamente satisfecha por los servicios públicos de salud al comenzar el siglo XXI. Esto ocurre a pesar de que la reforma del sector salud busca focalizar los recursos públicos en la atención de la población que no accede a servicios privados de



alta calidad y que esta concentración de los recursos —como alternativa al acceso universal a servicios públicos— tuvo por objetivo asegurar que los sectores de menores ingresos accedieran a una buena atención en salud. Ocurre también a pesar de que los compromisos internacionales suscritos a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, de 1994, ponen especial énfasis en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva para grupos socialmente subordinados, como las mujeres, los grupos de menores ingresos y las minorías étnicas.

En un análisis de la Encuesta de Salud Reproductiva en poblaciones rurales marginadas del país levantada en 1999 por el IMSS-Solidaridad y el Consejo Nacional de Población, Camarena y Lerner (2008) establecieron claramente que las mujeres indígenas y las que no tienen escolaridad están en clara desventaja respecto de las demás mujeres residentes en esos contextos.[5]

De acuerdo con este análisis, las mujeres indígenas tienen el doble de necesidades de anticoncepción insatisfechas frente al resto de las mujeres rurales de zonas marginadas. Son las únicas que en una proporción importante no conocen la anticoncepción moderna, pues un tercio de ellas no ha oído hablar de ningún método anticonceptivo y solamente 8% sabe algo sobre el condón o preservativo, a pesar de que dos tercios de las indígenas han tenido atención institucional prenatal durante su último embarazo. Entre las no indígenas, 94% sí ha oído hablar de métodos anticonceptivos y dos tercios son usuarias de métodos para regular su fecundidad. En cambio, únicamente un tercio de las indígenas usa anticonceptivos (14% de ellas usa métodos tradicionales) y apenas 0.5% de ellas usa el condón (Camarena y Lerner, 2008; Espinosa, 2008). Aunque éste es un método usado por pocas mujeres en el país y únicamente 4% de las mujeres rurales de áreas marginadas lo usa, es el único que brinda doble protección frente a embarazos no deseados y frente a la posibilidad de una infección de transmisión sexual.

A pesar de que sólo un tercio de las mujeres indígenas de estas zonas rurales usan anticonceptivos, tres cuartas partes de esas usuarias emplean la esterilización femenina (45%) o el dispositivo intrauterino (DIU) (31%) y la mitad de ellas usa esos métodos por prescripción médica o preferencia de su pareja. Veinte por ciento de las indígenas que eligieron esos métodos

[5] La encuesta se levantó en 1999 en 160 localidades rurales en donde operaba el programa IMSS-Solidaridad. En 51% de esas localidades operaban unidades médicas rurales y el 49% restante de las localidades recibía atención intensiva de unidades móviles y personal médico itinerante (Camarena y Lerner, 2008).



específicos por prescripción médica no tuvo información de otros métodos, no le explicaron sus efectos colaterales ni le dijeron que podía regresar en caso de molestias. Entre las no indígenas las cifras de prescripción médica y de preferencia de la pareja son mucho menores: entre las usuarias del DIU, 56% de las indígenas contra 36% de las no indígenas que viven en contextos similares lo eligieron por prescripción médica; en el caso de los métodos tradicionales, 34% de las indígenas contra 18% de las no indígenas lo eligió por preferencia de su pareja (Camarena y Lerner, 2008). El hecho de que la mayor parte de las indígenas no haya escuchado hablar de algún método ni use anticonceptivos, ni siquiera tradicionales, y que las pocas que usan métodos modernos se concentren tanto en los dos métodos médicamente controlados, permite pensar que el derecho de acceder a una amplia gama de métodos para regular su fecundidad y a estar informadas sobre las características y consecuencias del uso de esa variedad de métodos es inexistente para estas mujeres. Tanto las metas demográficas que se imponen a los prestadores de servicios de salud como las condiciones en que trabajan muchos de ellos, en especial los que están ubicados en los lugares de menor jerarquía social e institucional (pasantes y recién egresados de medicina, paramédicos, enfermeras y auxiliares en unidades médicas de primer nivel en zonas rurales y áreas marginadas urbanas), como la frecuencia de uso de métodos médicamente controlados y la frecuencia de elección de esos métodos por prescripción médica o del esposo, sugieren que los servicios de salud reproductiva no alientan la información ni la libre decisión de las mujeres indígenas, aun cuando se trata de su propio cuerpo, su salud y sus derechos reproductivos.[6]

Es notable el poco acceso a la información sobre anticonceptivos y sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre las mujeres indígenas, puesto que sí hacen un uso importante de los servicios públicos de salud en la atención de sus embarazos. Dos tercios de las mujeres indígenas de estas áreas rurales marginadas del país tuvieron atención prenatal de médicos y de agentes institucionales de salud en su último embarazo, mientras que una cuarta parte recibió atención prenatal exclusivamente por parteras (contra 8% entre las no indígenas). Otro aspecto relevante es el

[6] Las metas de incorporación de nuevas usuarias de anticonceptivos que deben cumplir los prestadores de servicios, en especial quienes ocupan las menores posiciones de la jerarquía institucional, suelen entrar en franca contradicción con las normas oficiales sobre aplicación de métodos definitivos y de métodos modernos en general.



nulo acceso a la medicina privada de las mujeres indígenas de estas áreas rurales marginadas: mientras que 17% de las no indígenas residentes en estas zonas atendió su último parto en unidades médicas privadas, únicamente 1% de las indígenas de los mismos contextos lo hizo en una clínica privada (Camarena y Lerner, 2008; Espinosa, 2008).[7] Estas cifras sugieren que la focalización de los recursos públicos para la salud en los sectores de la población que no acceden a la medicina privada debería conducir a priorizar por encima de cualquier otro grupo atendido con recursos públicos a las mujeres indígenas.[8]

A pesar de que dos tercios de las mujeres indígenas de estas zonas tuvieron control prenatal de su último embarazo en una institución médica de salud, 69% de ellas no atendió su parto con un médico o paramédico: más de la mitad (57%) lo hizo con una partera y 12% con un pariente, una amiga o solas. Entre las no indígenas estos porcentajes son mucho menores (29 y 3%, respectivamente), aunque contrastan con el 89% de no indígenas que tuvo atención prenatal institucional. Setenta y dos por ciento de las mujeres indígenas (contra 32% de las no indígenas) tuvo la atención de su último parto en un domicilio particular, ya fuera el suyo, el de parientes o el de una partera (Camarena y Lerner, 2008). En 76% de las localidades con población indígena donde fue levantada la encuesta reside una partera, así como en 52% de las localidades habitadas por población no indígena (Espinosa, 2008).

Sin embargo, no es fácil pensar en opciones o preferencias de las mujeres en contextos rurales de alta marginación. Menos de la mitad (45%) de las mujeres de estas zonas que tuvieron un hijo en los últimos cinco años atendieron su parto en servicios públicos de salud, y en su mayor parte se trató de mujeres no indígenas, algunas de quienes acceden también a otros servicios médicos, como las clínicas particulares. Esto sugiere que precisa-

[7] Las pocas mujeres indígenas que recurrieron a la atención privada lo hicieron después de fracasar en intentos reiterados de atenderse en un servicio público (Espinosa, 2008).

[8] En realidad, la focalización de los recursos públicos en la población que no accede a la medicina privada no se refiere a las pequeñas clínicas particulares de áreas marginadas, sino a las grandes compañías aseguradoras y los hospitales privados de elevada calidad de las zonas urbanas del país. Pero aun en los contextos marginales rurales del país hay un grupo minoritario pero significativo de mujeres —no indígenas— que optan por las pequeñas clínicas privadas, mientras que esa opción no existe para sus pares indígenas.



mente las mujeres indígenas de estas zonas, que tanto por el contexto en que viven como por su condición étnica deberían ser atendidas prioritariamente, son quienes menos tienen acceso a los recursos públicos en salud. Más de 80% de ellas no se atendió en la unidad pública de salud que le correspondía y únicamente 24% de ellas expresó que no se atendió allí por preferir hacerlo con una partera. En otras palabras, de 69% que no tuvo atención institucional en el parto y de 72% que tuvo a su último hijo en un domicilio particular, un tercio prefería atenderse con parteras. La preferencia de una cuarta parte de las indígenas y de algunas no indígenas por las parteras en el momento de la atención del parto obedece principalmente al deseo de ser acompañadas por mujeres culturalmente cercanas y en sus propios hogares. Pero no se trata de "barreras culturales" que las lleven a rechazar servicios médicos de calidad. Un porcentaje mayor de mujeres indígenas que quienes prefirieron una partera (33%) no se atendió en el servicio público de salud que le correspondía por dificultades para llegar a la clínica o porque estaba ausente el médico de esa clínica. Otro 7% no lo hizo por necesitar atención especializada (Camarena y Lerner, 2008; Espinosa, 2008).

En los últimos años, los servicios públicos de salud han puesto un gran énfasis en la atención médica del embarazo, que se une a la prioridad otorgada a la atención médica de la anticoncepción desde hace tres décadas. Sin embargo, para las mujeres indígenas una de las necesidades más apremiantes en materia de salud reproductiva es la atención de emergencias obstétricas que permita la reducción de la mortalidad materna.

A pesar del considerable esfuerzo que han hecho los servicios de salud por incorporar al mayor número posible de mujeres embarazadas a la atención prenatal institucional, esta medida no ha influido de manera sustantiva en abatir la mortalidad materna. Esto ocurre a pesar de que en más de 90% de los casos las muertes maternas se puede prevenir y evitar. Si bien la mayor parte de las complicaciones en el momento del parto no se pueden prevenir, son de fácil resolución con la atención y los recursos adecuados.[9] En zonas con abundante presencia de población indígena las principales causas de las muertes maternas son las hemorragias en el parto y posparto, la toxemia y la sepsis o infección puerperal, emergencias posibles de resol-

[9] En el ámbito nacional, 80% de las muertes maternas se concentra en cuatro causas: la toxemia, las hemorragias, la sepsis puerperal y otras causas obstétricas directas (Freyermuth y De la Torre, 2008).



ver con acceso a un ámbito sanitario adecuado, de calidad, con personal profesional capacitado para atender emergencias obstétricas (Freyermuth y De la Torre, 2008). En lugar de la ampliación de la atención prenatal, las medidas que recomienda actualmente la Organización Mundial de la Salud consisten en la detección rápida de emergencias obstétricas, el traslado inmediato a una unidad médica de urgencia con banco de sangre y personal capacitado y el tratamiento oportuno de esa emergencia (OMS-OPS, 2003). Este esfuerzo aún no se está haciendo adecuadamente en el país y, en especial, no se ha hecho para las mujeres indígenas residentes en áreas rurales. Por ejemplo, en Chiapas los programas de extensión de cobertura incrementaron sustantivamente el número de consultas prenatales en 1999-2002 con respecto a 1996-1997, pero no aumentaron la proporción de partos atendidos institucionalmente ni abatieron la mortalidad materna. Las tasas de muerte materna son más altas en las zonas con mayor proporción de población indígena y se mantuvieron elevadas en esas zonas durante los periodos 1990-1994 y 1995-1999, a pesar de los programas de extensión de cobertura y de la amplia atención prenatal institucional, que alcanza incluso a la mayoría de las mujeres indígenas (Freyermuth y De la Torre, 2008).

Además de la persistencia de muertes maternas evitables, una de las necesidades en salud reproductiva que parece estar más desatendida entre las mujeres indígenas es la prevención, detección y tratamiento de las ITS. Casi una tercera parte de las mujeres rurales de zonas marginadas estudiadas por Camarena y Lerner (2008) declaró haber tenido flujo vaginal en los últimos cinco años y una cuarta parte de ellas (un tercio de las indígenas) no buscó atención médica, principalmente porque no lo vio como un problema o no lo consideró importante. A pesar de esta fuerte proporción de quienes han padecido flujo vaginal, 60% de las mujeres indígenas no ha escuchado hablar de las ITS, solamente un tercio sabe que el condón es un medio para prevenir esas infecciones y apenas 0.5% de ellas usa el condón en sus relaciones sexuales (y lo hace como anticonceptivo). Entre las no indígenas de los mismos contextos rurales, 80% ha escuchado hablar de las ITS y dos tercios saben que el condón sirve para prevenir su transmisión. Estas desventajas de las mujeres indígenas se expresa también en la prevención del cáncer cervicouterino: únicamente 24% de las indígenas (contra 55% de las no indígenas) se había hecho un estudio Papanicolau alguna vez en su vida (Camarena y Lerner, 2008).

Tanto la elevada presencia de flujo vaginal declarada de las mujeres, como la concentración de la mortalidad por cáncer cervicouterino en los



estados del centro y sur del país, aunada al desconocimiento de las ITS y del uso preventivo del condón, sugieren que las mujeres pertenecientes a estos grupos étnicos y residentes en zonas rurales están expuestas a contraer infecciones de transmisión sexual en proporciones importantes. A la vez, el hecho de que apenas una cuarta parte de las mujeres indígenas de áreas rurales atendidas por los programas Progresa y Oportunidades se haya hecho el Papanicolaou alguna vez en su vida, contra 55% de mujeres no indígenas de los mismos contextos, sugiere que las consecuencias en morbilidad de esas ITS no son detectadas ni atendidas ni tratadas —en la gran mayoría de los casos— para las mujeres indígenas (Camarena y Lerner, 2008; Palacio, 2008).[10]

Uno de los problemas que dificulta brindar servicios de salud reproductiva de calidad a las mujeres indígenas y a las mujeres de zonas rurales marginadas en general se relaciona con los lineamientos contradictorios que recibe el personal de las instituciones de salud. Desde fines de los años setenta del siglo XX y hasta la fecha, se establecieron metas de reducción de la fecundidad en los programas de población, en los servicios de planificación familiar y actualmente también en los de salud reproductiva. Consisten en metas de incorporación de un número determinado de mujeres unidas en edad reproductiva como usuarias de los programas de anticoncepción en los registros de las instituciones de salud. Estas metas ejercen una fuerte presión sobre el personal encargado de los servicios de salud, en especial en las áreas de mayores rezagos en el uso de anticonceptivos, generando una fuerte tensión entre los derechos reproductivos de las personas, los lineamientos de las normas oficiales sobre la aplicación de métodos anticonceptivos y las exigencias de cumplimiento de esas metas (Aparicio, 2008).

De acuerdo con datos de la Encuesta de Instituciones en Planificación Familiar (Eninplaf) de 1996, 46% de los médicos entrevistados no consideraba que debe haber una edad mínima para prescribir un método definitivo a las mujeres; 18% de los médicos piensa que la operación puede llevarse a cabo a los 20 años o incluso antes. De hecho, 3.3% de las mujeres indígenas que declararon en la encuesta de salud reproductiva para poblaciones rurales de áreas marginadas de 1999 que estaban esterilizadas tenía entre 15 y 19 años. En esa misma encuesta, 18% de las mujeres operadas expresa que ha tenido menos hijos de los deseados y 23% de las mujeres

[10] La etiología del cáncer cervicouterino se basa en los subtipos 16 y 18 del virus del papiloma humano, virus que se adquiere por transmisión sexual (Palacio, 2008).



operadas tiene menos hijos sobrevivientes de los que quisiera tener (Camarena y Lerner, 2008).

La encuesta, aplicada a prestadores de servicios de salud, señala que 42% de los médicos declara que son ellos quienes ofrecen el método anticonceptivo a las pacientes y, al preguntar a los médicos que atienden eventos obstétricos acerca de sus responsabilidades en planificación familiar en el periodo posparto y postaborto, 42% refiere tener como tarea ofrecer consejería, orientación o información en anticoncepción, pero 24% señala como responsabilidad asegurar que el paciente salga de la clínica con un método y otro 10% tiene como tarea convencer a las mujeres para que usen un método específico (Camarena y Lerner, 2008). Estas responsabilidades institucionalmente asignadas a algunos prestadores de servicios contravienen las disposiciones de la normatividad vigente, que establece que no se debe inducir la adopción de un método anticonceptivo en especial. El método específico cuya promoción y aplicación dicen tener como responsabilidad algunos de los médicos es el DIU y cuatro de cada 10 de esos médicos dice tener la responsabilidad explícita de colocar el dispositivo a todas las pacientes. Aún más inquietante y cuestionable es el hecho de que 29% de los médicos que atienden partos o abortos opine que la inserción del DIU en el posparto es una decisión que sólo compete al médico tomar, dejando de lado la facultad de elección y la decisión de la mujer (Camarena y Lerner, 2008).

Si junto con la existencia de las metas de usuarias de anticonceptivos existen estas instrucciones de aplicar métodos específicos en algunos casos, es posible pensar que las víctimas más propicias son precisamente las mujeres indígenas y las mujeres rurales de áreas marginadas, en especial las de menor escolaridad, pues son quienes menos información tienen sobre sus derechos y opciones anticonceptivas y las que más sometidas parecen estar a las decisiones de sus parejas y del personal médico. Sin embargo, se trata también de los grupos de mujeres que tienen mayores necesidades insatisfechas en salud reproductiva, incluyendo sus necesidades anticonceptivas (Camarena y Lerner, 2008; Espinosa, 2008). Desde luego, ni las necesidades insatisfechas ni los posibles atentados contra los derechos reproductivos y la autodeterminación de las mujeres son responsabilidad de los médicos recién egresados, los pasantes de medicina y enfermería y los paramédicos que son destinados a atender a las poblaciones marginadas en unidades de salud desabastecidas y precarias. Este personal suele hacer esfuerzos heroicos en condiciones materiales poco satisfactorias y sin los



recursos y la experiencia requeridos. Ocupan los puestos inferiores en la jerarquía institucional y son los destinatarios de lineamientos contradictorios y presiones difíciles de atender, y será a quienes se responsabilice de cualquier resultado no deseado para los propósitos de los rangos superiores de las instituciones.

Otros problemas vinculados con la insatisfacción de necesidades de salud reproductiva para las mujeres indígenas de zonas rurales marginales se refieren precisamente a las condiciones laborales del personal que las atiende. Estos factores inciden directamente en la calidad de la atención. En la Eninplaf los agentes de salud mencionan la insuficiencia de tiempo disponible durante la consulta para proporcionar a las pacientes la información básica sobre los beneficios y consecuencias del método anticonceptivo que adoptan, así como la muy limitada variedad de métodos reversibles que pueden ofrecer y la falta de abasto de los mismos, lo cual impone restricciones adicionales a las opciones de elección disponibles para las mujeres. Si bien las instituciones de salud manejan un promedio de 3.7 métodos anticonceptivos, en un rango que va de 3.1 a 5 métodos, durante los tres meses previos a la encuesta de 1996, 32% de las unidades médicas padeció desabasto o carencia de recursos para aplicar al menos uno de los métodos que ofrecen (Camarena y Lerner, 2008). Esto reduce en la práctica la gama de métodos disponibles que pueden proporcionar los servicios de salud a dos o tres métodos, de los cuales uno es irreversible y otro solamente puede ser insertado y retirado por personal de salud, limitando completamente la posibilidad de acceder a métodos que puedan controlar las propias mujeres y, sobre todo, al único método que puede brindar protección para prevenir las ITS.[11] Adicionalmente, las unidades de salud ubicadas en las áreas rurales de alta marginación no cuentan ni con el equipamiento técnico ni con el personal capacitado ni con los horarios de funcionamiento que les permitan atender emergencias obstétricas, a pesar de tratarse de los lugares con mayor incidencia de muertes maternas (Freyermuth y De la Torre, 2008).

Finalmente, es necesario tomar medidas para remontar las dificultades propias del intento de prestar servicios médicos modernos en un contexto

[11] La insistencia en proteger de las ITS a mujeres de zonas rurales de alta marginación no es trivial, puesto que se trata de grupos de población fuertemente afectados por las migraciones laborales internas e internacionales y de mujeres con elevadas tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino. En su investigación cualitativa, Espinosa (2008) reporta que cuando mujeres indígenas han solicitado condones en los servicios de salud, se les niegan aduciendo que “son para los hombres”.



intercultural. El discurso médico es autocontenido, jerárquico y hegemónico y no considera la existencia de otras visiones ni la posibilidad de interlocución en términos de igualdad con las personas que acuden en busca de alivio de un sufrimiento o con una necesidad de salud reproductiva. En el currículo de formación del personal de salud no se considera la importancia de los derechos humanos ni la importancia de escuchar a quienes demandan servicios y de aceptar que existen distintas culturas. No es necesario hablar la lengua que habla la población para prestar servicios en una zona con población indígena ni se estima que existan conocimientos locales ni experiencias que las parteras del contexto o la población atendida pueda aportar al personal de salud (Freyermuth, 2003).

En investigaciones cualitativas y cuantitativas desarrolladas entre mujeres indígenas de distintas zonas del país se observa que cuando mujeres solteras buscan orientación sobre sexualidad o sobre métodos anticonceptivos se les niega, que no se distribuyen ni condones ni métodos hormonales orales y que el hecho de adquirirlos en farmacias se asocia con infidelidad de las mujeres. Estos actos resultan en una negación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas por parte de los servicios, en especial si se trata de mujeres solteras o de mujeres nulíparas (Espinosa, 2008).

En general, en los contextos indígenas el embarazo no es percibido ni como riesgo para la salud ni como enfermedad y se recurre al médico únicamente en el parto en caso de dolores agudos, hemorragias u otro tipo de emergencias extremas. Si no se presenta alguna de estas complicaciones, se considera al parto como un hecho de atención doméstica enfrentado por mujeres del mismo contexto cultural que ofician como parteras, en especial en las poblaciones alejadas y dispersas, y en el cual participan el esposo y otras mujeres de la familia. La existencia o cercanía de servicios de salud no es mencionada por las mujeres de estas comunidades como una necesidad para asegurar un buen embarazo. En cambio, consideran que un embarazo es bueno cuando ellas están sanas y fuertes y cuentan con una pareja que las comprende, las trata bien y es trabajador y responsable. Si no requieren de atención hospitalaria por alguna emergencia obstétrica, prefieren no atenderse los partos en las clínicas porque las consideran frías, porque se les hace desvestir, por la soledad en que deben enfrentar dolores que aumentan con el frío y porque el cuerpo no funciona bien por la falta de calor. La concepción de que el parto es un proceso caliente es bien comprendida por las parteras, quienes además quitan la frialdad posterior con tés, baños



de temascal, fajas y masajes, proporcionando muchos cuidados en el puerperio y apoyándolas en recomendar la abstinencia de relaciones sexuales en 40 días posteriores al parto. Aun en los casos en que existen clínicas locales, muchas mujeres indígenas prefieren la atención con parteras por su cercanía, su disponibilidad permanente, porque conciben el parto como un proceso caliente, permiten el sostén físico y apoyo emocional del esposo, emplean posiciones que facilitan el parto y las acompañan en sus propias casas, brindándoles cariño, confianza y valor. Además, las clínicas tienen una infraestructura mínima e inadecuada, con pocas posibilidades de resolver emergencias y complicaciones. Carecen del equipo y del instrumental para atender emergencias, no tienen un buen abasto de medicamentos y no tienen un horario de atención continuo, por lo que no pueden resolver complicaciones graves. A estas limitaciones se agrega que las mujeres deben desplazarse, afrontar un costo económico, someterse a procedimientos sin tener explicaciones adecuadas y, sobre todo, atenderse y exponer su cuerpo con hombres que no entienden su lengua, que no las escuchan y que las discriminan (Espinosa, 2008; Freyermuth, 2003).

Las formas de discriminación que describen las mujeres indígenas atendidas en unidades médicas públicas son variadas. Se trata de discriminación por ser pobres, al tratarlas como sucias e ignorantes; por ser mujeres, al usar sus cuerpos para la experimentación de personal de salud con poca experiencia, y por ser indígenas, al no existir ningún esfuerzo del personal de salud por hablarles en su lengua ni por respetar sus costumbres. Estas acciones discriminatorias contribuyen a reproducir las jerarquías sociales y la violencia simbólica ejercida en su contra (Bourdieu, 1999; Espinosa, 2008; Freyermuth, 2003).

Los aportes de las investigaciones antes reseñadas plantean grandes desafíos para los objetivos de la reforma sectorial en salud, que busca concentrar lo mejor de los recursos públicos en aquellas poblaciones sin posibilidades de acceso a la medicina privada de calidad por falta de capacidad de pago. Esos desafíos se multiplican cuando se trata de poblaciones rurales y dispersas, que presentan severas limitaciones para acceder a las unidades públicas de salud de segundo nivel con el equipamiento necesario para resolver emergencias obstétricas. Se transforman, finalmente, en un desafío extremo cuando se pretende atender los derechos sexuales y reproductivos y las necesidades en salud reproductiva de un grupo socialmente subordinado, tanto por su condición de clase como por su pertenencia de género y su adscripción étnica. El gran desafío es revertir la tendencia de los servi-



cios de salud a reproducir y perpetuar esas jerarquías sociales con sus acciones, buscando mecanismos y estrategias que aseguren el ejercicio de derechos y la ciudadanía en todos los grupos humanos.

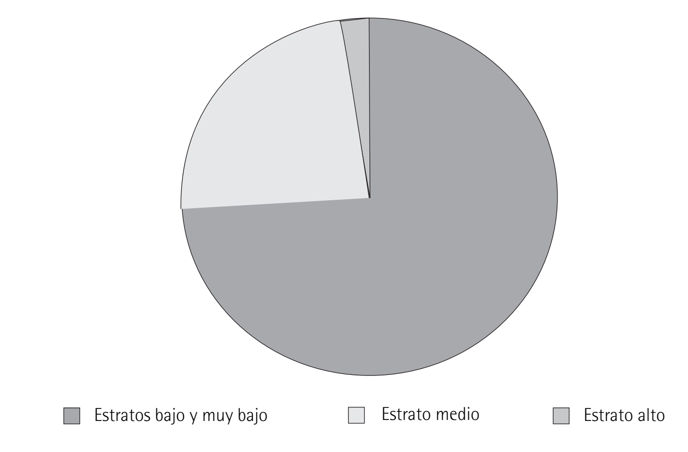
EL EMBARAZO EN MUJERES ADOLESCENTES

Uno de los eventos que más ha llamado la atención tanto de los estudios demográficos como de las acciones en población y salud en las últimas décadas del siglo XX ha sido el elevado número de embarazos y de nacimientos que ocurren en mujeres adolescentes, definidas como jóvenes menores de 20 años. La problematización de los embarazos en adolescentes se ha centrado en tres aspectos: los riesgos para la salud que pueden representar los embarazos excesivamente tempranos, las limitaciones para la trayectoria de vida y el desarrollo personal de las mujeres que puede representar un embarazo en soltería y anterior a concluir los estudios o la preparación para la vida adulta, y el menor ritmo de descenso de la fecundidad que presentan las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) en comparación con las mujeres de 25 años y más.

El diagnóstico sobre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población mexicana que se llevó a cabo a comienzos del nuevo siglo permitió constatar que, tal como los demás eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el embarazo en adolescentes no tiene significados unívocos y difiere por grupos sociales en sus significados, en las prácticas y actores sociales que intervienen y en las implicaciones políticas y sociales del fenómeno. Tal vez el hallazgo más llamativo se refiere a quienes se embarazan en la adolescencia (gráfica 7.1). La investigación de Stern y Menkes (2008) revela que cerca de 90% de estos embarazos ocurre entre mujeres que ya se encontraban unidas maritalmente o que se unieron durante el embarazo, y que el fenómeno se concentra en los estratos sociales bajos, en las jóvenes con baja escolaridad, en el medio rural, en las edades de la adolescencia más cercanas a la adultez y en población que ya ha dejado la escuela antes de embarazarse.

El comportamiento social que tiene mayor incidencia en el volumen de los embarazos y nacimientos ocurridos en la adolescencia de las mujeres es la edad media de la nupcialidad femenina. Durante todo el siglo XX, el matrimonio o la unión marital constituyó un fenómeno relativamente temprano entre las mujeres mexicanas (a los 19 años en la primera mitad del siglo





Fuente: Enadid, 1997.

Gráfica 7.1. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años que tuvieron embarazos en la adolescencia, según estrato socioeconómico.

y hasta los años setenta, y alrededor de los 22 años al final del siglo) (Quilodrán, 2001 y 2003). Esto significa que una proporción muy elevada de los matrimonios y uniones de las mujeres mexicanas sigue ocurriendo antes de los 20 años, aún a comienzos del siglo XXI. Por otra parte, también es muy persistente, en los albores del siglo actual, la práctica de concebir al primer hijo inmediatamente después de realizada la unión marital. Esta práctica determina que los grupos de edad que han tenido menor descenso relativo de la fecundidad entre 1970 y 2000 son los de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) y esa fecundidad se refiere principalmente a aquellas que se unen maritalmente a edades jóvenes, especialmente a partir de los 17 años (Stern y Menkes, 2008).

La práctica de la unión temprana en un grupo importante de mujeres mexicanas se relaciona con la coincidencia entre la primera relación sexual y la primera unión marital, que aún persiste en la mayor parte de las mujeres, y a que, todavía a fines del siglo XX y comienzos del XXI cerca de la mitad de las mujeres y hombres mexicanos declaran que en el momento de unirse maritalmente residieron en la casa de los padres de él, de ella, de otros familiares o de otras personas. Es posible que el hecho de que la mitad de las parejas viva con familiares mayores sea un factor que facilite la unión marital a edades tempranas de muchas mujeres mexicanas, evite las relaciones sexuales premaritales de las mujeres y refuerce la


EL COLEGIO DE MÉXICO

costumbre del embarazo inmediatamente después de iniciada la unión. También es posible que ese tipo de residencia en el momento de unirse o casarse inhiba el uso de anticonceptivos en los casos minoritarios de mujeres que dicen tener o haber tenido relaciones sexuales previas a una unión marital, pues una cuarta parte de las primeras uniones maritales en México se verifica cuando el primer embarazo de la mujer ya está en curso (Welti, 2005; Mejía, 2002; Contreras, 2006; Szasz, 2008; Solís, Gayet y Juárez, 2008).

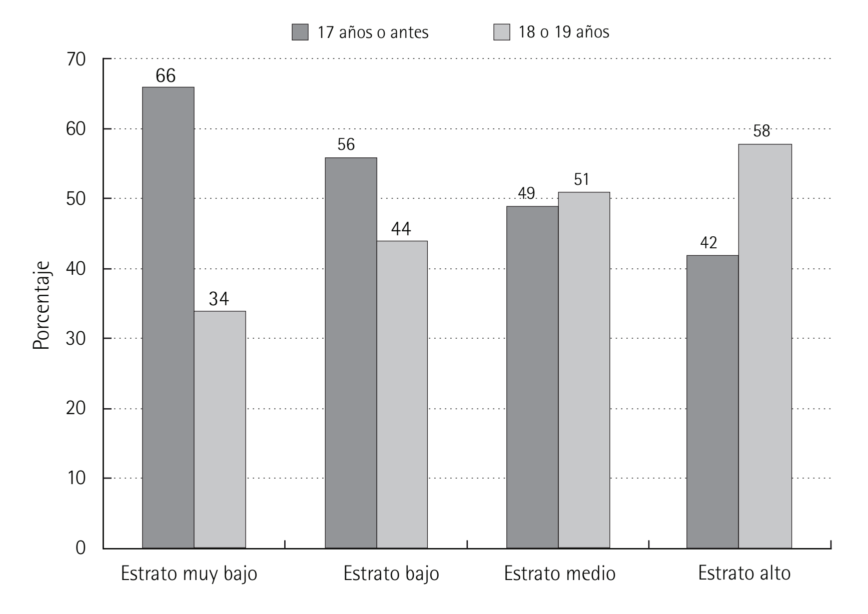
Los hallazgos de investigación que aquí se presentan pueden ser muy útiles para focalizar las acciones de promoción de los derechos a la salud reproductiva de las jóvenes de acuerdo con sus necesidades. Uno de esos aspectos es la necesidad de concentrar los servicios de salud para adolescentes embarazadas y los servicios de prevención de embarazos no buscados en los sectores de bajos ingresos. Stern y Menkes (2008) demuestran que la incidencia del embarazo en la adolescencia es muy diferente en distintos estratos socioeconómicos y que la diferencia entre distintos grupos sociales es muy grande, de tal manera que los grupos de altos ingresos no experimentan el fenómeno, mientras que afecta de manera muy extendida a las jóvenes de bajos ingresos: tres cuartas partes de los embarazos experimentados antes de los 20 años ocurren en mujeres de sectores socioeconómicos bajos y muy bajos.

Hacia finales del siglo XX, en los sectores de menores ingresos, más de una cuarta parte de las mujeres iniciaron su maternidad antes de los 20 años, mientras que en los sectores medios y altos este inicio temprano solamente afectó a una de cada 10 mujeres.

Debido a que el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos está relacionado con la ciudadanía, es importante señalar que las mujeres mexicanas adquieren derecho a voto a los 18 años y pueden contraer matrimonio desde los 16 años. Estas normas legales establecen una diferencia muy importante en el significado del embarazo y la maternidad temprana si el embarazo ocurrió o no antes de los 18 años. Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1997 revelan que cerca de la mitad (49%) de los embarazos previos a los 20 años ocurrieron entre jóvenes adultas de 18 o 19 años, y que casi la totalidad fueron experimentados con posterioridad a cumplir los 16 años, edad en la cual las mujeres mexicanas pueden contraer matrimonio (Stern y Menkes, 2008).

Como se puede observar en la gráfica 7.2, es en los sectores socioeconómicos bajos y muy bajos donde la mayor parte de las mujeres se emba-





Fuente: Enadid, 1997.

Gráfica 7.2. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 19 años que tuvieron un embarazo en la adolescencia, por edad a la cual se embarazaron la primera vez, según estrato socioeconómico.

razaron antes de cumplir los 18 años, mientras que en los sectores medios y altos esos embarazos ocurren mayoritariamente entre jóvenes adultas, confirmando la necesidad de concentrar la atención en las necesidades preventivas y reproductivas de las jovencitas de bajos ingresos, que son quienes se embarazan en edades más tempranas y se unen maritalmente antes de adquirir la edad legal para ejercer derechos ciudadanos.

Uno de los aspectos más llamativos que han demostrado las investigaciones recientes es que, en una abrumadora mayoría (76%), las jovencitas que se embarazaron en la adolescencia ya no estaban estudiando cuando se embarazaron y únicamente 1.7% de las jovencitas de 15 a 24 años entrevistadas en la Encuesta Nacional de la Juventud (Enajuv) 2000 que ya no estudiaban en el momento de la encuesta dice que dejó los estudios con motivo de un embarazo. Este hallazgo sugiere que no es el embarazo temprano el que limita las posibilidades de desarrollo escolar de muchas mujeres jóvenes, sino que esas posibilidades ya estaban limitadas socialmente

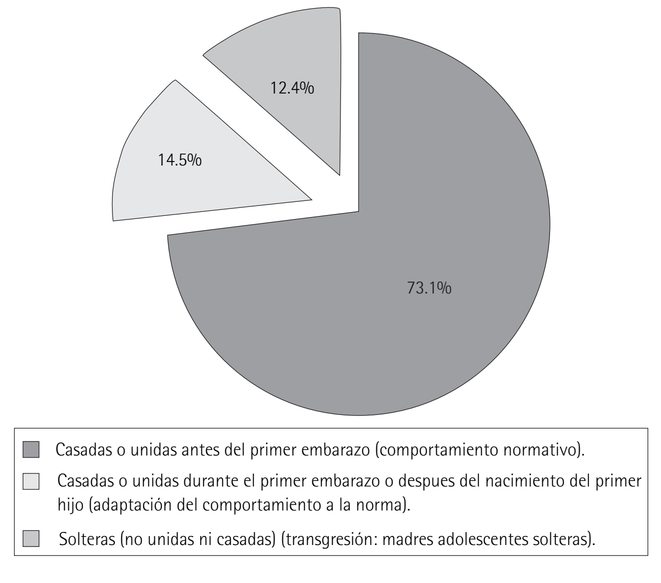

EL COLEGIO DE MÉXICO

para la gran mayoría de las mexicanas que se unen maritalmente, se embarazan y tienen hijos antes de los 20 años (Stern y Menkes, 2008).

Las diferencias por estratos socioeconómicos son muy claras en ese sentido: la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar) de 2003 muestra que en cerca de 90% de los embarazos adolescentes en los estratos bajos y muy bajos y cerca de 80% de los que ocurren en los estratos medios, el embarazo se inicia después de que las jovencitas han abandonado la escuela por otras causas. Sin embargo, en los estratos socioeconómicos medios, en los que ocurre una cuarta parte de los embarazos en la adolescencia, estos embarazos pueden estar obstaculizando la continuación de los estudios medio-superiores a una proporción minoritaria, pero significativa, de las jóvenes que se embarazan. Únicamente en el estrato alto las jovencitas que se embarazaron en la adolescencia lo hicieron en su mayor parte cuando aún estaban estudiando, pero estos embarazos representan únicamente 2% de los que ocurren en la adolescencia (Stern y Menkes, 2008).

Lo que le otorga un significado totalmente distinto al embarazo anterior a los 20 años es el estado conyugal de las mujeres que se embarazaron. A fines del siglo XX, 93% de las mujeres que tuvieron un hijo durante la adolescencia ya estaba unida maritalmente. Tres cuartas partes de las mujeres que se embarazaron a esa edad ya estaban unidas en el momento en que se embarazaron y 19% se unió durante el embarazo. Es decir, el embarazo adolescente en México no corresponde ni a relaciones sexuales prematrimoniales de las jovencitas ni a una transgresión a las normas más tradicionales sobre el matrimonio y la sexualidad de las mujeres, sino que se trata de comportamientos que cumplen estrictamente con esas normas en la mayor parte de los casos, o que se adaptan a las pautas tradicionales durante el embarazo (gráfica 7.3). Únicamente 7% de la maternidad debida a embarazos adolescentes correspondió a maternidad en soltería y 78% de esas madres solteras se concentró en el estrato socioeconómico alto. Es decir, la posibilidad de adoptar una conducta transgresora de las normas matrimoniales únicamente es posible cuando se pertenece a sectores de altos ingresos, donde el embarazo previo a los 20 años es muy minoritario. Es en los estratos más bajos donde una trayectoria frecuente es unirse maritalmente en la adolescencia, muchas veces en la adolescencia temprana, y después embarazarse. Una cuarta parte de las mujeres de los estratos bajos y muy bajos se unieron y se embarazaron por primera vez cuando eran adolescentes.



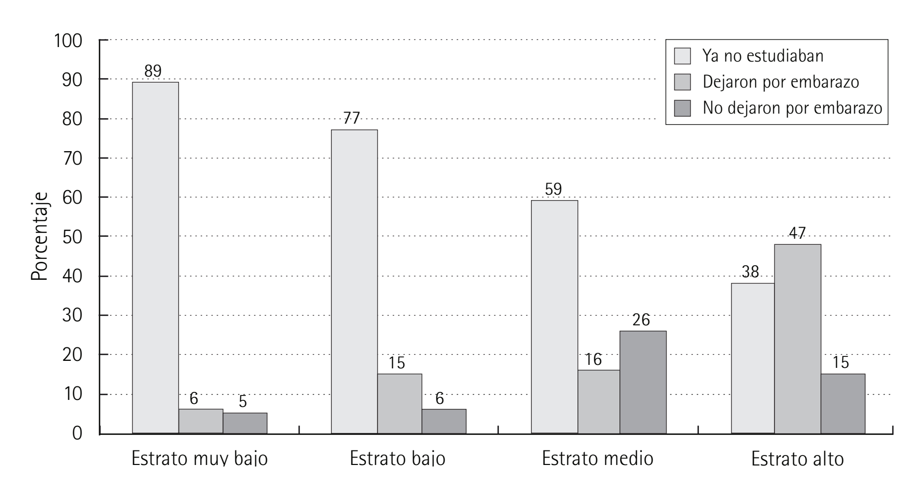


Fuente: Enadid, 1997.

Gráfica 7.3. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años que fueron madres en la adolescencia, según el momento en que se casaron o unieron.

Los modelos de análisis estadístico multivariado desarrollados por Stern y Menkes comprobaron de manera precisa estos hallazgos. Controlando todas las variables, una mujer tiene 75 veces más posibilidades de embarazarse en la adolescencia si está unida o casada que si está soltera. De una adolescente unida se espera que se embarace y tenga hijos. Esa posibilidad se multiplica por 2.6 y por 3.4 veces si la jovencita unida pertenece a los estratos bajo y muy bajo, y por 1.6 veces si pertenece al estrato medio, en comparación con el estrato socioeconómico más alto. La probabilidad de un embarazo es reducida en las solteras, especialmente muy reducida en las mujeres solteras de los estratos alto y medio (menor a 3%). En el estrato bajo es de 4% y, aunque en el estrato muy bajo llega a 10%, sigue siendo una posibilidad relativamente baja (gráfica 7.4). Las jovencitas mexicanas que no pertenecen a los estratos altos están mucho más expuestas a una unión marital temprana que a un embarazo en soltería. Las posibilidades de disminuir los embarazos y la fecundidad en la adolescencia están estrechamente relacionadas con la disminución de las uniones mari-


EL COLEGIO DE MÉXICO



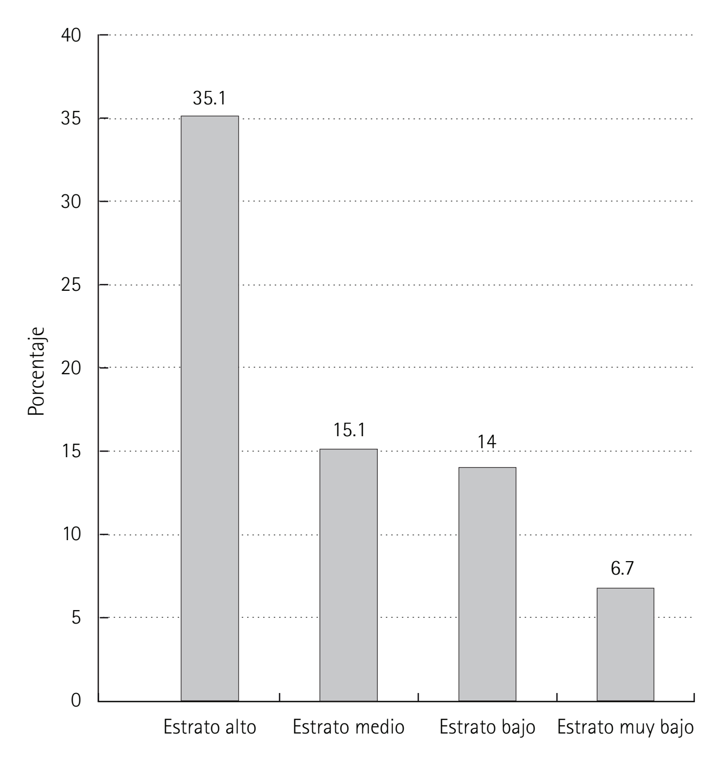
Fuente: Ensar, 2003.

Gráfica 7.4. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años que tuvieron un embarazo en la adolescencia, según si estaban o no estudiando cuando se embarazaron y si tuvieron que dejar los estudios por el embarazo, por estrato socioeconómico.

tales tempranas en las mujeres. La escasa escolaridad en las mujeres de estratos bajos y en buena parte de los sectores medios, así como la falta de alternativas de desarrollo diferentes a la unión marital temprana, aparecen como los factores explicativos del embarazo entre las adolescentes (Stern y Menkes, 2008).

Solamente en el estrato alto parecen existir alternativas de continuar estudios o de posponer la unión marital hasta una edad posterior, alternativas que confirman el hallazgo de Solís, Gayet y Juárez (2008) en el sentido de una polarización cada vez más diferenciada en las trayectorias sexuales, maritales y reproductivas de las mujeres mexicanas. En el estrato alto, si bien los embarazos en la adolescencia son muy poco frecuentes, se trata mayoritariamente de concepciones prenupciales y de embarazos y maternidades sin unión marital. Se trata del único sector donde una mayoría de las jovencitas estaban estudiando y eran solteras cuando se embarazaron (gráfica 7.5). Estos hallazgos confirman lo aseverado por Szasz y por otros autores en cuanto a las diferencias por clase social en el acceso a la sexualidad en el noviazgo para un grupo minoritario de las mujeres mexicanas: en lugar de un derecho o de una pauta generalizada de comportamiento, la posibilidad





Fuente: Enadid, 1997.

Gráfica 7.5. Porcentaje de solteras entre las mujeres de 15 a 24 años que fueron madres en la adolescencia en cada estrato socioeconómico.

de experimentar sexualmente en relaciones afectivas sin lazos de parentesco es un privilegio al que acceden preferentemente las jóvenes de ingresos medios y altos, que son las mismas que pueden acceder a servicios privados de salud de alta calidad, tanto para prevenir como para interrumpir embarazos no previstos (Szasz, 2008; Solís, Gayet y Juárez, 2008). De esta manera, ante la escasa formación de los agentes de salud en materia de derechos humanos y dado el carácter reproductor de las jerarquías sociales que suelen desempeñar las instituciones públicas, en lugar de la extensión de los derechos a satisfacer necesidades de salud reproductiva entre las mujeres solteras y jóvenes, lo que se verifica es un privilegio de los sectores de altos ingresos por su acceso diferenciado a la educación y a la salud privada de alta calidad.


EL COLEGIO DE MÉXICO

PUENTES ENTRE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Una vez presentados algunos resultados relevantes del diagnóstico sobre la relación entre salud reproductiva y condiciones de vida de la población mexicana en los comienzos del nuevo siglo, en esta última sección se incluyen algunas propuestas que se derivan de los conocimientos que aporta la investigación social sobre el tema para reducir las desigualdades y promover los derechos en este campo.

La observación que se desprende del análisis conjunto de las necesidades de diferentes grupos de la población mexicana en salud reproductiva y los resultados de las intervenciones recientes en algunos aspectos específicos sugiere que, más que redoblar esfuerzos para abatir rezagos, las acciones gubernamentales deben considerar la posibilidad de rectificar algunos rumbos. Uno de ellos consiste en reconocer la existencia de jerarquías sociales que dificultan el acceso a la autodeterminación de las personas por condiciones de pobreza, de subordinación de género y de desigualdad étnica y generacional, e introducir lineamientos y acciones de discriminación positiva que alienten el ejercicio de ciudadanía de las personas atendidas en los servicios y de los propios prestadores de esos servicios ubicados en los rangos inferiores de las jerarquías institucionales.

El enfoque de derechos humanos asumido por el Estado mexicano en sus compromisos internacionales requiere que se revisen aquellos lineamientos de políticas que puedan limitar la autodeterminación de las personas atendidas en materias relacionadas con su sexualidad y su capacidad reproductiva. Un ejemplo de esos lineamientos limitantes lo constituye el establecer metas de número de mujeres usuarias de anticonceptivos modernos, junto con una gama muy limitada de métodos distribuidos gratuitamente y una falta de preparación del personal de salud en materia de derechos humanos. Para revertir la tendencia de toda institución gubernamental a reproducir las desigualdades sociales, se requiere de lineamientos y acciones de discriminación positiva a favor de aquellos grupos que están más limitados en su capacidad de decidir y de acceder a los servicios de mayor calidad. A continuación se proponen algunas acciones que pueden combatir la estigmatización y discriminación que se ejerce en contra de los grupos sociales desfavorecidos en las propias instituciones de salud.

Una de esas acciones debe ser la eliminación de la orientación asistencial de los servicios para la población pobre, mediante la reasignación de



los recursos en salud orientándolos hacia la reducción de las desigualdades sociales. Los resultados de la investigación en salud reproductiva sugieren que los mejores y mayores recursos de salud pública se deben ofrecer a aquellos grupos de la población que no tienen acceso a la medicina privada de alta calidad, en lugar de ofrecerles a esos grupos paquetes básicos de servicios de salud en unidades carentes de infraestructura, personal capacitado y recursos médicos. Medidas de este tipo deben orientarse a superar el razonamiento único de la relación costo-efectividad, puesto que ofrecer servicios de calidad a quienes carecen de condiciones de vida y de autodeterminación suficiente requiere de mayores recursos y acciones integrales relacionadas con otras políticas.

Los paquetes asistenciales de servicios mínimos de salud no permiten ni reducir la inequidad ni garantizar el acceso y la calidad de los servicios. No se puede mejorar la salud de las mujeres, de los grupos de bajos ingresos, de los grupos étnicos minoritarios y de las poblaciones rurales y marginales si no se incrementa sustantivamente el presupuesto de las instituciones públicas de salud destinadas a esos sectores, de tal manera que se puedan mejorar y ampliar los servicios proporcionados. También se deben hacer cambios profundos en la práctica de las instituciones de salud, que permitan la participación de organizaciones que abogan por los derechos de las personas y de los grupos menos favorecidos de la sociedad en el diseño de las metas de impacto de los servicios y en el monitoreo a los mismos. La participación de sectores académicos independientes del accionar gubernamental en el diseño de las metas de impacto y en el diseño del monitoreo de los servicios puede contribuir a enriquecer estos diseños.

En la búsqueda de abrir espacios para los sectores empresariales de la salud, se han fortalecido algunas alianzas y se han debilitado otras. En particular, se han minado las alianzas entre el gobierno y los sectores del propio sector salud y de la sociedad civil interesados en la identificación de las necesidades de diferentes grupos de la población y en la búsqueda del equilibrio entre necesidades y distribución de los recursos públicos en salud. Es necesario cambiar la visión desde solamente economizar recursos estatales hacia priorizar la disminución de desigualdades sociales, constituyendo las políticas de salud en mecanismos para equilibrar necesidades y recursos. Las grandes desigualdades entre medicina privada altamente tecnificada ligada a seguros privados de salud de alto costo y atención privada precaria a sectores marginados, así como entre unidades públicas de segundo y tercer niveles geográficamente concentradas y de difícil acceso y uni-



dades básicas de atención para los sectores pobres, parecen contribuir al reforzamiento de las desigualdades sociales, incluyendo las desigualdades en salud reproductiva. Una primera medida debe ser jerarquizar los recursos en función de las mayores necesidades.

Los criterios de evaluación basados en indicadores de costo-efectividad no incluyen amplias realidades sociales, como el trabajo no remunerado, la doble o triple jornada de trabajo que desempeñan algunos grupos sociales, el cuidado informal de la salud y la distribución desigual de las tareas de cuidado, que afectan de manera desigual a la salud y permiten reducir costos delegando tareas. Tampoco consideran la desigual distribución de las necesidades en salud, como se demuestra en los resultados de la investigación presentada en este capítulo. Aun cuando se observan mejorías relativas en muchos indicadores generales, los recursos financieros para la salud continúan siendo limitados y, sobre todo, diferenciales, de manera que han aumentado las desigualdades de esos indicadores entre regiones y entre grupos sociales (Abrantes y Pelcastre, 2008; Nigenda *et al*., 2002). Otra medida a considerar es modificar los criterios de evaluación, buscando reducir las brechas en los indicadores por regiones y por grupos sociales.

La articulación entre las políticas de salud, las políticas educativas y las obras públicas tendientes a mejorar el acceso geográfico a los servicios de segundo y tercer niveles parece ser necesaria para lograr equidad en la salud reproductiva. La disminución de las uniones maritales en la adolescencia, que determinan la incidencia del embarazo en esa etapa de la vida, no podrá lograrse si no se atiende el hecho que más de 40% de los adolescentes no cursa la educación media superior ni accede a otras alternativas educativas propias de esa edad, y por lo tanto se incorpora a la vida adulta durante la adolescencia. La disminución de la mortalidad materna en las zonas rurales sin acceso cercano a unidades de salud de segundo nivel requiere de acciones de concertación de diferentes sectores para la atención de emergencias obstétricas, tales como la habilitación de transportes y vías de comunicación.

Finalmente, la posibilidad de que se incorporen los resultados de la investigación académica crítica que desentraña las causas profundas de las desigualdades en salud reproductiva, que se incorporen las propuestas de los movimientos sociales y de las organizaciones de la sociedad civil interesada en la salud reproductiva y, sobre todo, que se incluyan las necesidades y las demandas de la población que demanda los servicios gubernamentales de salud, hace preciso que se modifiquen radicalmente los sistemas de eva-



luación de la calidad de la atención en esos servicios. En lugar de una visión gerencial que supone una relación de iguales entre compradores y vendedores de servicios, donde los indicadores de calidad de la atención (amabilidad, calidez, sonrisas) se refieren a la competencia con otros proveedores, se deben incluir centralmente dos aspectos: una evaluación de la calidad clínica de los servicios, tanto desde el punto de vista de la resolución del problema de salud para los usuarios, como desde el punto de vista de los agentes que proveen servicios sin el equipamiento, los recursos, la formación y los tiempos necesarios para resolver adecuadamente los problemas, y desde el punto de vista de los grupos comunitarios y sociales atendidos y sus organizaciones; especialmente en salud reproductiva, se deben evaluar la promoción de la ciudadanía, la autodeterminación y los derechos de quienes usan los servicios en las acciones y procesos de atención.

Los servicios de salud reproductiva tienen que adoptar una perspectiva relacional, que vincule la organización de esos servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población que atienden, entendida como grupos social y culturalmente diversos que tienen voces y opiniones propias. Las opiniones de esos grupos de población que retroalimenten a los servicios pueden ser más sustantivas y críticas si las personas están en grupo, están sanas y están en condiciones de hacer valer sus derechos (Salas, 2008). Lo que se debe permitir es el examen de los marcos hegemónicos del propio sistema institucional desde diversas miradas, incluyendo tanto las del propio personal de menor jerarquía institucional que está en contacto directo con los problemas como, sobre todo, la mirada de los grupos sociales a quienes va dirigida la atención y de sus organizaciones sociales. Pero desde la propia estructura de las instituciones se pueden promover acciones y modelos de atención que promuevan la ciudadanía y el empoderamiento de los sectores de población menos favorecidos socialmente. La evaluación de la calidad de los servicios en salud reproductiva se debe asociar con la presencia de acciones que garanticen esa calidad como un derecho y no como una prestación asistencial. Ejemplos de esas acciones son propiciar la autonomía y el derecho a decidir de las personas atendidas, reconocer el derecho a optar de manera informada y con alternativas reales, proporcionar información que sirva para tomar decisiones, no discriminar, interactuar reconociendo a las personas atendidas como sujetos de derechos y tomar en cuenta con respeto los conocimientos que tienen las personas atendidas sobre sus propios procesos de salud y el contexto social en que se desencadenan. En general, se trata de examinar, con ayuda



del pensamiento académico, de la sociedad civil y de las personas que son sujetos del derecho a la salud, cuáles son las acciones que reproducen las desigualdades y la discriminación y sustituirlas por acciones que tiendan a superarlas en el proceso mismo de atención a la salud. Lo anterior exige que se acepte la diversidad de significados, discursos, actores y miradas. Requiere de aceptar el protagonismo de las personas atendidas y sus organizaciones en los procesos de toma de decisiones en salud y buscar intencionalmente que las acciones de los servicios fomenten la ciudadanía. Requiere, también, de destinar presupuestos y recursos para cumplir acuerdos y compromisos de calidad de la atención en servicios de salud reproductiva desde visiones ciudadanas.

Al presentar los resultados más relevantes de una amplia investigación académica crítica que buscó profundizar en las necesidades en salud reproductiva de diversos sectores de la población mexicana y sus interacciones con distintas dimensiones sociales, este trabajo busca servir de base para acciones que jerarquicen los recursos humanos, técnicos y financieros de la salud pública, enfocándolos en la reducción de las desigualdades. En ese sentido, es necesario iniciar el nuevo siglo con el reconocimiento de que las necesidades y los recursos para la salud reproductiva están desigualmente distribuidos entre la población mexicana y que se precisa un gran esfuerzo y concertación de todos los sectores sociales para revertir las tendencias hacia la reproducción y profundización de esas desigualdades.

REFERENCIAS

Abrantes, R., y B. Pelcastre, 2008. La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva. ¿Agendas contradictorias o complementarias?, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II. México, El Colegio de México, pp. 255-301.

Aparicio, R., 2008. Necesidades no satisfechas de anticoncepción. ¿Una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I. México, El Colegio de México, pp. 217-285.

Ariza, M., y O. de Oliveira, 2008. Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II. México, El Colegio de México, pp. 11-46.

Balán, J., 1999. Concluding remarks: Differentials in policy-making and implementation, en A. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy*



Changes Post-Cairo. Lieja, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, pp. 2001-2007.

Bourdieu, P., 1999. *La dominación masculina.* Barcelona, Anagrama.

Camarena, R.M., y S. Lerner. 2008. Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I. México, El Colegio de México, pp. 117-216.

Casique, I., 2008. Actitudes hacia la fecundidad y control de la reproducción en las parejas mexicanas, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II. México, El Colegio de México, pp. 47-94.

Contreras, J.M., 2006. Informe sobre la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003-Cuestionario para varones, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. México, El Colegio de México (mimeo).

Enadid, 1997. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997*. México, INEGI.

Enajuv, 2000. *Encuesta Nacional de la Juventud 2000.* México, Instituto Nacional de la Juventud e Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Ensar, 2003. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México, Secretaría de Salud.

Espinosa, G., 2008. Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II. México, El Colegio de México, pp. 141-202.

Freyermuth, G., 2003. *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad.* México, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social-Comité por una Maternidad sin Riesgos en Chiapas, Instituto Nacional de las Mujeres-Miguel Ángel Porrúa.

Freyermuth, G., y C. de la Torre, 2008. Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II. México, El Colegio de México, pp. 203-251.

Lerner, S., e I. Szasz, 2003. La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción, *Estudios Demográficos y Urbanos* **18** (2): 299-352.

Lerner, S., e I. Szasz (coords.), 2008. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tt. I y II. México, El Colegio de México.

Mejía, G., 2002. *Concepciones prenupciales en México*, tesis de maestría en Demografía. México, El Colegio de México.

Mundigo, A. (ed.), 1999. *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*. Lieja, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.

Naciones Unidas, 1994. *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development*. Nueva York.



Nigenda, G., R. Valdés, L. Ávila y J. Ruiz, 2002. *Descentralización y programas de salud reproductiva*. México, Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública.

OMS-OPS (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud), 2003. *Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas*, en XX Sesión del Comité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, MSD 20/9, Español. Washington, D.C.

Palacio, L., 2008. *Significados y prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino a comienzos del siglo XXI: una visión desde la perspectiva de género*, tesis de doctorado en Estudios de Población. México, El Colegio de México.

Quilodrán, J., 2001. *Un siglo de matrimonio en México*. México, El Colegio de México.

Quilodrán, J., 2003. La familia. Referentes en transición, *Papeles de Población* **9** (37): 51-82.

Rojas, O., 2008. Reproducción masculina y desigualdad social en México, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II. México, El Colegio de México, pp. 95-140.

Salas, M., 2008. Calidad de la atención en los servicios de salud: rastreando el concepto subyacente en encuestas recientes, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I. México, El Colegio de México, pp. 287-343.

Solís, P., C. Gayet y F. Juárez, 2008. Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I. México, El Colegio de México, pp. 397-428.

Stern, C., y C. Menkes, 2008. Embarazo adolescente y estratificación social, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I. México, El Colegio de México, pp. 347-396.

Szasz, I., 2008. Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. I. México, El Colegio de México, pp. 431-475.

Welti, C., 2005. Inicio de la vida sexual y reproductiva, *Papeles de Población* **11** (45): 143-176.





C
M
EL COLEGIO
DE MÉXICO
70
AÑOS

8
LA CONSTRUCCIÓN DE LA TITULARIDAD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

*Juan Guillermo Figueroa Perea**

CONTENIDO

Introducción	254
Construcción del concepto de derechos reproductivos	256
Condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres	259
Condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos reproductivos en la experiencia de los varones	268
El recurso de los derechos humanos en el ámbito de la reproducción	280
Epílogo	281
Referencias	283

* Profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*jfigue@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

El concepto de derechos reproductivos está asociado a la creación en 1979 de la Red Mundial de Mujeres por la Defensa de los Derechos Reproductivos (RMMDDR) , de acuerdo con la cual toda persona tiene el derecho a decidir si quiere tener hijos, así como el número y el momento para hacerlo (Correa y Petchesky, 1994). Además, ya entonces se señalaba que dicho derecho no debía estar condicionado a ninguna característica de la persona, como su sexo, grupo social de pertenencia, nacionalidad, etnia, etc.. La referencia a las mujeres dentro de la red que originó este concepto se explica por la discriminación ancestral hacia las mismas en una sociedad patriarcal, lo cual ha legitimado diferentes formas de exclusión de esta población, titular de una prerrogativa básica, como se interpreta la capacidad de autodeterminación reproductiva (Hartmann, 1987; Valdés y Busto, 1994; Vázquez, 2002).

La creación de la RMMDDR se da al final de la década de los sesenta, al mismo tiempo que en México se modifica el artículo 4º de la Constitución Política con el fin de asegurar el derecho de toda persona a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. En esa misma década se llevó a cabo la Conferencia Mundial de Población en Bucarest, durante la cual se acordó estimular los programas de planificación familiar, tanto por razones de derechos de las personas (avalados en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de Teherán, en 1968), como por el interés de regular el crecimiento de la población (Miró, 1982; De Barbieri, 1982; Tuirán, 1988; Cervantes, 1993). Estos hechos parecieran mostrar una coincidencia entre intereses de política pública y demandas de movimientos feministas; sin embargo, la experiencia de los últimos 30 años ha mostrado algunos desfases y desencuentros, en especial por las especializaciones de género legitimadas alrededor de los comportamientos reproductivos.

Este texto pretende analizar algunas de las modalidades en que diferentes personas de ambos sexos han ido construyendo las condiciones de posibilidad de tomar decisiones en el ámbito de los comportamientos reproductivos, a la par que documentar algunas de las estrategias políticas y de política pública que se han seguido en México con el fin de estimular o contrarrestar por omisión, negligencia o abuso el desarrollo de dichas condiciones. Dicho de otra forma, se busca documentar algunas de las vertientes de trabajo académico y político al tratar de construir la



titularidad de las mujeres y de los varones como sujetos de derechos reproductivos, pero ilustrando las trayectorias tan distintas y a ratos contradictorias que ha seguido cada población. En buena medida esto se asocia a los condicionamientos de género y al lugar que ocupan como colectividad, en una sociedad organizada en función del sistema de sexo-género (Rubin, 1986) y con especializaciones de género excluyentes y jerárquicas (Lagarde, 1990).

No nos limitamos al análisis del caso de las mujeres, sino que incluimos en un segundo momento a los varones, como parte de las poblaciones reconocidas como titulares del ejercicio de sus derechos reproductivos. No queremos distraer la atención de las relaciones de poder que han producido ancestralmente una situación desfavorable para las mujeres en múltiples espacios de las relaciones cotidianas, pero sí evidenciar que incluso en una sociedad patriarcal, a la par que los varones obtienen una serie de beneficios y privilegios, se diluyen y confunden también los significados de algunas de las opciones de titularidad que les brinda el entorno de sus comportamientos reproductivos.

La aproximación que se privilegia en el texto recupera la perspectiva de género y la reflexión ética, por una parte con el fin de contextualizar culturalmente el origen de ciertas diferencias en la titularidad de los derechos y, por otra, para evitar lecturas maniqueas que tiendan a victimizar a alguna de las poblaciones involucradas. Es decir, abogamos por la necesidad de contextualizarlas a partir de sus aprendizajes de género y de la forma en que cuestionan o avalan las normas sociales que han construido las especializaciones y las desigualdades de género, sin invisibilizar por ello las consecuencias negativas vividas por ambos, mujeres y varones (Kaufman, 1994; Sayavedra y Flores, 1997; Barker, 2005). No obstante, nos interesa hacer evidente la necesidad de explicitar una postura política ante las desigualdades ampliamente documentadas en el ejercicio de los derechos de las mujeres.

La aproximación de este texto es reflexiva y de tipo documental sobre los momentos y las formas de interacción política, programática y teórica con las dos poblaciones seleccionadas, más que por el recuento estadístico de los momentos que son objeto de atención. Se trata de combinar el conocimiento acumulado por medio de investigaciones, del debate provocado a partir de propuestas de movimientos sociales y del interés por difundir entre población no especializada el objeto de análisis de esta serie de reflexiones.



CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS

Es importante acotar los diferentes significados que se han ido atribuyendo al concepto de derechos reproductivos con el fin de poder enmarcar el carácter político del mismo, en términos del feminismo como movimiento social que lo propuso y lo defiende como parte de su estrategia de cambio en las relaciones sociales y, en particular, en las de género, y también a la luz de discursos de organismos internacionales y de instancias gubernamentales que lo han ido adoptando para acompañar diferentes estrategias de intervención social en el ámbito de los comportamientos reproductivos (Cook, 1993; Correa, 1994; Petchesky, 1995). No siempre se trabaja con las mismas agendas, a pesar de recurrir a terminologías similares y por lo mismo, es necesario precisar el lugar desde donde se está tratando de hablar (Cook, 1995; Naciones Unidas, 1996; León, 1999; Muñoz, 2001).

En 1968 tuvo lugar en la ciudad de Teherán, en Irán, la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos y en la misma se reconoció que toda persona tiene la capacidad de decidir sobre su descendencia, por lo que se sugirió estimular el acceso a los medios para que toda persona pudiera decidir sobre la misma, lo cual coincidía con demandas ancestrales de los movimientos de mujeres (Lamas, 1993; Gysling, 1994; Figueroa, 1995). Sin embargo, en muchos contextos esto fue visto solamente como una preparación para la conferencia sobre población que se celebraría en Bucarest en 1974 y en la cual un tema central de las discusiones sería la pertinencia —visto como urgencia por algunos organismos internacionales— de programas de planificación familiar que facilitaran la regulación del crecimiento poblacional, el cual se percibía como un obstáculo para el crecimiento económico y para la atención de las demandas de las poblaciones en diferentes regiones del planeta (Figueroa, 1991; Cervantes, 1993).

La Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos celebrada en 1968 fue también un antecedente relevante para la Primera Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en México en 1975, ya que una demanda central de los movimientos de mujeres ha sido precisamente el derecho a la autodeterminación reproductiva, pero sin restringirlo a una visión de crecimiento poblacional, sino como un recurso que posibilita el desarrollo de las mujeres en los diferentes ámbitos de la cotidianidad, sin limitarse a la maternidad (Cook, 1995). Ahora bien, fue en 1973 y 1974 cuando se modificaron



la Ley General de Población y el artículo 4º de la Constitución mexicana con el fin de darle entrada a la posibilidad de promover acciones de regulación de la fecundidad, a la par que se reconocía a las personas su derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

Las acciones antes señaladas coinciden con las preocupaciones por el crecimiento poblacional y con las demandas de movimientos feministas, pero a la par pueden distanciarse de sus búsquedas, dependiendo de las formas en que son puestas en práctica (De Barbieri, 1982; Petchesky, 1995). Es en este sentido que adquiere relevancia precisar el uso semántico y político de los conceptos, ya que, por ejemplo, mientras en una primera aproximación se interpretó que la titularidad del derecho a decidir sobre la descendencia era de la pareja —sin aludir al tipo de relaciones de poder dentro de la misma—, al crearse en 1979 la RMMDDR, además de la población a la que alude el mismo nombre de la red, se enfatizó que incluso antes de decidir por el número y momento para tener hijos, existe la autoridad y capacidad para elegir si se quiere o no tenerlos y sin que esto tenga consecuencias negativas para la persona que decide no ser madre o padre. A pesar de que esto se planteaba para la población de interés de dicha red, se cuidó de establecer que esta prerrogativa no dependiera del sexo de la persona ni de ninguna otra característica de la misma (Cook, 1992, 1993 y 1995; Correa, 1994).

Valdría la pena preguntarse entonces la razón por la cual la mayor parte de los documentos de los organismos internacionales y de las instancias gubernamentales, incluido México, han eliminado de la redacción del derecho en cuestión dicha capacidad explícita de decidir si se quiere tener hijos, ya que, por ejemplo, decidir entre cero y un hijo es muy diferente que entre uno y dos, pues a pesar de que la diferencia aritmética sea la misma, en el primer caso se está decidiendo entre ser madre o no y esto no se presenta en el segundo caso (Lamas, 1993). Dado que la maternidad fue construida ancestralmente como un destino obligado para muchas mujeres, no puede asumirse neutralidad política al dejar de hacer visible dicha condición, más aún cuando se recurre al mismo término de derechos reproductivos en muchos documentos oficiales en el nivel nacional e internacional (Petchesky, 1995).

Al mismo tiempo emerge de manera más clara el riesgo latente de utilizar el concepto de derechos reproductivos en sentidos opuestos o contradictorios, pero más que mencionarlo como una obsesión lingüística, nos interesa alertar que esto puede derivar en restarle fuerza política al mismo,



ocultando las relaciones de poder y las especializaciones de género que le dieron origen (Petchesky, 1995; León, 1999; Muñoz, 2001).

Otro ejemplo de este riesgo de tergiversación o confusión en el significado posible del término ocurre cuando se busca aplicárselo a la población masculina sin algunos matices, ya que si se diluye la dimensión de poder, si se ocultan las imposiciones que muchos varones ejercen sobre las decisiones de las mujeres y si no se nombran las responsabilidades asumidas de manera diferencial entre varones y mujeres en el espacio de la reproducción, el concepto podría empezar a perder su razón de ser (Díaz y Gómez, 1998). En este sentido, podría discutirse la pertinencia de usar el mismo concepto para los varones dentro de una sociedad patriarcal, dadas las exclusiones ancestrales que han vivido las mujeres, pues también podría cuestionarse si los varones viven experiencias de marginación en los ámbitos reproductivos y, de ser así, identificar la especificidad de las mismas en una sociedad que les otorga múltiples beneficios.

Es factible confirmar que, a pesar de los "dividendos patriarcales" que la literatura identifica para las personas del sexo masculino (Connell, 2003), también existen procesos de violencia y discriminación a los que los varones están expuestos. Hemos señalado en otro texto que al intentar contrarrestarlos se facilitaría desarrollar otras formas de interpretar dicho espacio reproductivo, pero además la búsqueda de intercambios más equitativos con las mujeres (Figueroa, 2001a). Con esta inquietud, desarrollamos a continuación una revisión del contexto que se ha creado en México durante las tres últimas décadas, al tratar de remontar algunas dificultades que viven diferentes personas de ambos sexos para el ejercicio de sus derechos reproductivos. En el caso de las mujeres ello incluye abusos e intromisiones en sus espacios de decisión, mientras que en el de los varones se constata que, al no ser objeto de atención de quienes estudian los comportamientos reproductivos, tampoco lo son de quienes definen programas de educación e información en ámbitos de políticas públicas que permean el contexto en el que se reproduce la población. Por lo mismo, el proceso de construcción de la titularidad de los derechos reproductivos para las mujeres es más de tipo histórico, ante una población que ha sido objeto de políticas pero a la par violentada por acciones gubernamentales, mientras que para los varones el recuento es más discursivo, pues lo que se ha buscado es legitimar teórica y políticamente la pertinencia de visibilizarlos en los ámbitos reproductivos.



CONDICIONES DE POSIBILIDAD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

En México, al inicio de la década de los ochenta terminó el primer periodo gubernamental en el que se contaba con metas demográficas de crecimiento poblacional de manera explícita, lo cual estuvo acompañado de un plan nacional de planificación familiar que buscaba incorporar a mujeres en edad fértil al uso de métodos anticonceptivos, ya que con esto se contribuiría a reducir los niveles de fecundidad. Vale la pena destacar que éstos eran y siguen siendo medidos por medio de indicadores centrados en las mujeres, como las tasas específicas y la global de fecundidad (Watkins, 1993; Greene y Biddlecom, 2000; Figueroa, 1998a y 1999a). Paralelamente se estimulaba en el discurso que dichas mujeres pudieran ejercer el derecho reconocido en 1974 en el artículo 4º de la Constitución, al poder decidir cuántos hijos querían tener y el momento para ello.

A este momento lo antecedía la existencia de dos leyes generales de población de la década de los treinta y cuarenta del siglo XX, en las que se planteaba la conveniencia de poblar el país, estimulando la migración hacia México, pero también promoviendo las familias numerosas; por lo mismo, el cambio en el artículo constitucional ocasionó que los programas gubernamentales incluyeran un componente de educación e información, si bien éste nunca ha sido evaluado con el detalle ni la atención que se le ha dado al registro de personas que usan anticonceptivos, en particular, por medio de la experiencia de las mujeres (Tuirán, 1988; Aparicio, 1993; Cervantes, 1993). Básicamente se ha visto como una condición directa para el descenso en los niveles de fecundidad y a la par como una muestra del acceso de las mujeres al ejercicio de sus derechos reproductivos, lo cual requiere de múltiples matices una vez que se analiza el contexto del uso de anticonceptivos (Figueroa, 1991; Cervantes, 1999).

Un ejemplo de ello se pudo confirmar a lo largo de la década de los ochenta, ya que después de un primer periodo de descensos en el nivel de la fecundidad y en la tasa de crecimiento poblacional, acompañado de aumento en el porcentaje de mujeres que usaban métodos anticonceptivos, los datos obtenidos al final de la administración gubernamental que inició en 1982 y concluyó en 1988 reflejaron un freno en el descenso esperado del crecimiento demográfico, a pesar del incremento en el uso de anticonceptivos (Palma, Figueroa y Cervantes, 1990; Aparicio, 1993). También se documentaron irregularidades en la forma en que estaban siendo ofrecidos


EL COLEGIO DE MÉXICO

algunos anticonceptivos en instituciones gubernamentales, lo que reflejaba un desfase entre necesidades y derechos de la población respecto de las estrategias y acciones seguidas por las instituciones responsables de los programas vinculados con la regulación de la fecundidad (Tuirán, 1994; Figueroa, 1994). Dichas irregularidades incluían mujeres que declaraban que no habían sido tomadas en cuenta al decidir la esterilización, mujeres que no fueron informadas de la existencia de otras opciones anticonceptivas y mujeres que no firmaron ni leyeron algún formato de consentimiento informado, entre otras violaciones a los procedimientos normados para asegurar el respeto a sus derechos.

Lo anterior no impide reconocer que mujeres de diferentes sectores poblacionales encontraron en la anticoncepción un medio para satisfacer sus preferencias e ideales reproductivos (Martínez Manautou, 1982); al mismo tiempo, la información confirmaba la necesidad de que las políticas y programas gubernamentales fueran más sensibles a los ritmos reproductivos de la población y, de manera enfática, a sus derechos en estos ámbitos (Cervantes, 1993). El hecho de centrar la atención en las mujeres desde el punto de vista de quienes producían información demográfica y médica, así como desde los programas ligados a la anticoncepción, originó que dicha población se beneficiara de mayor información sobre sus capacidades y posibilidades reproductivas, pero a la par que fueran quienes vivieran atentados a sus derechos reproductivos, como se ha documentado ampliamente (Figueroa, 1991; Cervantes, 1993).

Los datos obtenidos de las encuestas de fines de los ochenta permitieron identificar dos tipos de casos críticos en la relación entre uso de anticonceptivos y población femenina. Por una parte estaban las mujeres que de acuerdo con las preguntas por preferencias reproductivas demandaban de alguna forma el uso de anticonceptivos y esto no lo podían concretar, ya fuera por desconocimiento de las opciones anticonceptivas, por falta de acceso a los servicios de salud, o bien, por oposición de sus parejas, entre las principales razones (Palma y Vivas, 1997; Tuirán y Pérez Palacios, 1997; Palma y Echarri, 1998; Aparicio, 2007). Por otra parte, se habían identificado mujeres que usaban anticonceptivos —en especial, la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino—, pero sin que esto se derivara de sus decisiones personales, sino que, al parecer, como producto de una intervención médica o bien de una decisión unilateral de su pareja (Figueroa, Aguilar e Hita, 1994; Tuirán, 1994).



El siguiente periodo gubernamental (1988-1994) produjo un escenario diferente en el seguimiento de las acciones institucionales relacionadas con los comportamientos reproductivos. El Consejo Nacional de Población (Conapo) propuso reducir el ritmo esperado de crecimiento demográfico a partir de que se tomaran en cuenta los patrones reproductivos que se habían observado en la población, algo que no fue aceptado por la Presidencia de la República; no obstante, fue acompañado de un exhorto para que las instituciones del denominado sector salud "redoblaran sus esfuerzos, pero siempre con apego a los derechos humanos" (Figueroa, Aguilar e Hita, 1994). El rechazo al ajuste de las metas y a la par el discurso sobre derechos humanos se ha interpretado como una ambigüedad que deja que cada proveedor de servicios resuelva según sus parámetros ideológicos y profesionales la forma de vincularse con las personas usuarias.

Durante este periodo gubernamental se fundó la Comisión Nacional de Derechos Humanos, lo cual abría la puerta para un acompañamiento crítico de las instituciones de gobierno encargadas de ofrecer métodos anticonceptivos y que éstas habían emergido en las encuestas como las principales responsables de violentar los derechos reproductivos de las mujeres. Sin embargo, fue en este periodo cuando se dejó de recibir financiamiento de organismos internacionales para llevar a cabo encuestas demográficas de manera independiente, por lo que desde ese momento éstas han sido financiadas por el propio gobierno, lo cual deja en la duda la posible independencia de las mismas. Adicionalmente, las instituciones del sector salud y el Conapo dejaron de ser las instancias responsables de diseñarlas e implementarlas (como en 1982 y 1987), con lo que se redujo enormemente la posibilidad de darle seguimiento a los resultados críticos documentados previamente o incluso de asegurar cierta comparación con estudios que anteriormente habían ofrecido información sobre el ámbito de los derechos reproductivos. Incluso se volvió más restringido y limitado el uso público de datos de crecimiento poblacional y, más aún, de las condiciones en las que se proporcionaban los métodos anticonceptivos a la población (Figueroa y Aguilar, 2006).

No obstante, durante ese periodo gubernamental (1988-1994) se trabajó nacional e internacionalmente en la planeación de tres conferencias internacionales con importantes repercusiones en el ámbito de los derechos reproductivos. Para 1993 estaba programada en la ciudad de Viena, Austria, una conferencia mundial sobre derechos humanos, a 25 años de la celebrada en Teherán, Irán, y en la que se había reconocido el derecho de toda persona



a decidir sobre su descendencia. En 1994 se celebraría en El Cairo, Egipto una conferencia internacional sobre población y desarrollo, en la cual se revisaría con especial detalle la evolución de los programas de planificación familiar y se pondría a debate el término de salud reproductiva; éste se presentaba como una visión más integral y comprehensiva de los comportamientos reproductivos, al tratar de superar reduccionismos en la evaluación de programas de población, al mismo tiempo que insistía en los derechos de las mujeres. Esto se buscaba lograr enmarcando de manera clara la reproducción en un entorno sexual potencialmente saludable y placentero, a la par que haciendo explícitas las responsabilidades de aquellos con quienes se reproducen dichas mujeres, en el caso de relaciones heterosexuales.[1]

Para 1995 se tenía programada la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en China y nuevamente el tema de los derechos a la autodeterminación reproductiva ocuparía un lugar importante en la agenda de ese encuentro, además de que para la preparación de las tres conferencias ya era evidente la fuerza que tenían organizaciones de la sociedad civil que trabajan por los derechos de diferentes sectores de la población (Jusidman, 1999; González, 1999). Esto se reflejó en que en los tres casos se consideraron reuniones de organizaciones no gubernamentales de diferentes regiones del mundo, así como tribunales para presentar testimonios de violaciones a los derechos humanos de varones y de mujeres, donde las últimas ocupaban un lugar importante.

Este contexto no fue ignorado en México en el ámbito de las políticas y programas gubernamentales relacionados con los comportamientos reproductivos, por lo que instituciones como el Conapo y la Secretaría de Salud tuvieron un papel importante en la preparación de los documentos que se llevarían a dichos encuentros, con el diagnóstico de lo que existía en México en un ámbito demográfico, interpretado en un sentido amplio pero también con elementos de una postura política a ser socializada en dichos espacios (Jusidman, 1999).

A pesar de que en diferentes ámbitos gubernamentales se minimizaron los resultados críticos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), realizada en 1987 por la Secretaría de Salud, en términos de la imposición de oclusión tubaria bilateral y de dispositivo intrauterino, este

[1] Sigue presente el riesgo de limitar la discusión sobre decisiones reproductivas a parejas heterosexuales y, si bien en este texto se vuelve a dejar pendiente la experiencia de parejas homosexuales, reconocemos la necesidad de seguir documentando las condiciones de posibilidad para que personas homosexuales en particular, y no heterosexuales en lo general, accedan al ejercicio de sus derechos reproductivos.



estudio permitió documentar violaciones al derecho a la autodeterminación reproductiva, en especial de mujeres pertenecientes a grupos sociales económicamente desfavorecidos, con baja escolaridad, viviendo en zonas rurales y en zonas de población indígena (Tuirán, 1994; Figueroa, 1994). Por lo mismo, durante los años previos a las conferencias anteriormente mencionadas se trabajó en la actualización de la norma oficial de servicios de planificación familiar y la revisión del contenido de los formatos de consentimiento informado utilizados, en el que ya para entonces era el método anticonceptivo más utilizado en el país, a saber, la oclusión tubaria bilateral (Figueroa, 1999b; González, 1999). En este mismo periodo la Secretaría de Salud recibió la visita en México de una delegación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ya que en dicho organismo existía el interés por conocer de manera directa la experiencia de campo de la población que ofrece servicios de salud y de la población usuaria de los mismos, a propósito de la forma en que se tomaban las decisiones reproductivas, se optaba por anticonceptivos y se trabajaba por la calidad de los servicios en dichos ámbitos de interacción (Figueroa, 1998b).

En ese contexto, de 1992 a 1994 investigadores de la Secretaría de Salud (SSA) diseñaron y llevaron a cabo varias pruebas piloto de un proyecto en el que combinaban varias técnicas de generación de información con el fin de documentar cómo se daba la interacción de los llamados "trabajadores de servicios de salud" (centralmente médicos, enfermeras y trabajadoras sociales) y las mujeres a quienes estaban destinados los servicios de anticoncepción. En este proyecto se incorporó una perspectiva de derechos y de relaciones de poder para el análisis de la relación entre las políticas públicas, los programas de planificación familiar y la población a quienes se dirigen sus acciones (Figueroa, 1996a).

Los resultados del reporte elaborado por la delegación del UNFPA documentaron que el uso de anticonceptivos en muchos casos parecía más una decisión de los proveedores de servicios de salud que de las mujeres, al igual que se observó en las pruebas de campo del proyecto de la SSA antes mencionado. Sin embargo, el primero fue archivado después de que se le entregó a los coordinadores en ese momento del Conapo y de la Dirección General de Planificación Familiar de la SSA,[2] mientras que el proyecto de la

[2] Este informe fue difundido en 1995 entre organismos no gubernamentales de Estados Unidos, al pedirles cuenta a organismos financiadores sobre el uso de los impuestos en dicho país (Figueroa, 1998b).



SSA fue cancelado por no considerarse políticamente oportuno ante la inminencia de las conferencias internacionales (Figueroa, 1996a).

Los responsables de este segundo proyecto interpretaban el escenario desde una perspectiva distinta a la institucional, ya que para ellos la coyuntura era excelente para poder contar con un diagnóstico crítico que alimentara la evaluación de dos décadas de programas de planificación familiar en México, en especial por la posibilidad de recuperar elementos que iban más allá de las encuestas demográficas. La última de éstas la había realizado el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 1992, pero dentro del marco de un análisis de la dinámica demográfica. Éste dejaba de lado elementos que se habían explorado en la Enfes de 1987, a propósito de las relaciones de poder entre los diferentes actores y personajes del entorno de la regulación de la fecundidad, como las mujeres, los proveedores de servicios de salud y las personas responsables de definir, monitorear y evaluar los programas y políticas públicas centradas en estos temas (Palma, Figueroa, Cervantes y Echarri, 1989).

En este contexto tuvieron lugar las tres conferencias internacionales antes mencionadas y como resultado de la segunda de ellas se decidió utilizar en los ámbitos de servicios de salud, y paralelamente en la academia, el concepto de salud reproductiva como una referencia más integral que el de planificación familiar; pero, además, en las tres se acordó destacar la dimensión de los derechos humanos en la evaluación de los programas de población. Con este acuerdo, pasaba a un segundo término la repercusión demográfica de los mismos, ya que se confirmó que ello tendía a provocar situaciones críticas y presiones innecesarias para los proveedores de servicios de salud en su relación con las mujeres, lo que en diferentes momentos podía derivar en violación a sus derechos reproductivos, pues las mujeres han sido las destinatarias de la mayor parte de las actividades de planificación familiar. Además de la alerta en cuanto a los medios utilizados para evaluar los programas, se reconoció la urgencia de incrementar la presencia más equitativa de los varones en las diferentes etapas de los procesos reproductivos, pero con una lógica preocupada por proteger los derechos de las mujeres (Family Care International, 1994 y 1995).

En el ámbito gubernamental, los primeros cambios derivados de estos acuerdos internacionales incluyeron la reorganización y redefinición de las dependencias dedicadas a servicios de anticoncepción, ya que las actividades de planificación familiar y de salud materno-infantil se aglutinaron en las ahora denominadas de "salud reproductiva" (Secretaría de Salud, 1995).



Dentro de éstas se decidió incorporar una perspectiva de derechos y además se le dio entrada al discurso de la perspectiva de género, recuperando nuevamente la referencia a la necesidad de que los varones se hicieran más presentes en los espacios reproductivos (Secretaría de Salud, 1995). Por otra parte, se formalizó la incorporación de algunas organizaciones de la sociedad civil en los grupos interinstitucionales encargados de definir, evaluar y dar seguimiento a las actividades de regulación de la fecundidad en el nivel nacional, ahora dentro de un marco analítico y político que se buscaba fuera más integral (Salas, 2001).

Paralelamente, la experiencia de los tribunales de derechos humanos en las conferencias internacionales y la conciencia cada vez mayor de difundir el concepto de derechos reproductivos como condición de posibilidad de la autodeterminación reproductiva llevó a la Red de Mujeres del Distrito Federal (la cual concentraba a diferentes organizaciones feministas no gubernamentales e incluso al Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias) a organizar en 1996 el Primer Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos. Su principal objetivo era que las mujeres cuyos derechos hubieran sido violentados pudieran dar su testimonio público, estimulando con ello el debate sobre el tema, pero además buscando identificar estrategias para resolver las demandas que procedieran y así prevenir la repetición de dichas prácticas violatorias de sus derechos[3] (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 1996).

La particularidad de este encuentro, celebrado el día internacional por la salud de las mujeres (28 de mayo de 1996), fue que además de la presencia de las mujeres interesadas en comentar las condiciones en que, según su opinión, sus derechos habían sido violentados, se contó con la presencia de directores de instituciones gubernamentales de salud y de representantes de organismos internacionales, así como académicos e intelectuales, los cuales de manera independiente integraron un jurado con el fin de emitir un comentario crítico sobre la situación compartida. Todo esto fue videograbado y filmado, además de reportado por diferentes medios masivos de comunicación (GIRE, 1996).

Lo anterior contribuyó a que a las pocas semanas se fundara la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y que paralelamente se iniciara formal-

[3] Éstos habían sido minimizados durante la segunda parte de los setenta y la primera de los ochenta, ya que se argumentaba que "no existían datos ni demandas legales al respecto". Esto cambió radicalmente con la información de la Enfes de 1987 y con la creación de comisiones de derechos humanos a partir de la década de los noventa.



mente el trabajo de abogados litigando a favor de la defensa de los derechos reproductivos. En ese momento el escenario era más favorable para alertar sobre posibles exclusiones a las mujeres en el ámbito de sus derechos reproductivos, tanto porque se habían empezado a formar comisiones estatales de derechos humanos como porque iba adquiriendo mayor legitimidad el discurso de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Adicionalmente, se habían diseñado nuevos formatos de consentimiento informado y se había definido un programa gubernamental para el periodo 1994-2000, pero ahora englobado bajo el título de "salud reproductiva y planificación familiar" (Secretaría de Salud, 1995). Dentro de este programa se le daba un peso especial a los derechos humanos y a la búsqueda de incorporar la perspectiva de género en todas las actividades englobadas dentro del mismo. Quizá la gran limitante era que los indicadores seleccionados para darle seguimiento a esto que se presentaba como una nueva perspectiva y hasta como una referencia paradigmática no eran tan distintos de los utilizados en administraciones anteriores, pues privilegiaban nuevamente el número de usuarias de métodos anticonceptivos.

Durante este mismo periodo gubernamental (1994-2000) se constituyó el Foro de Mujeres y Políticas de Población, como una instancia de la sociedad civil que posibilitaba el seguimiento crítico de los acuerdos de las conferencias internacionales, al construir un monitoreo sistemático de las acciones gubernamentales (González, 1999; Jasis, 2006). Además, en 1998 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se diseñó y llevó a cabo una encuesta nacional con su población derechohabiente, pero ahora sí desde una perspectiva más integral y compleja, analíticamente hablando, con el fin de tratar de dar cuenta del entorno reproductivo de la población a la que atiende. En esta Encuesta sobre Salud Reproductiva (Ensar) se incorporaron en una primera instancia muestras poblacionales tanto de mujeres como de varones, pero, además, ejes temáticos en entrevistas estructuradas que registraron historias de embarazos y anticonceptivas, exploraron elementos sobre violencia, práctica sexual y arreglos de género, así como cuidado de la salud en temáticas vinculadas con el cáncer cervico-uterino y mamario, pero no únicamente desde la visión de las mujeres sino también de los varones. Esto permitía una lectura más minuciosa y detallada del contexto de los comportamientos reproductivos de la población.

A pesar del avance analítico que representa este estudio, una restricción importante lo constituyó la selectividad de la población de estudio



(solamente derechohabientes de la misma); no obstante, representa un antecedente relevante para una visión más comprensiva del fenómeno de la reproducción. Sin embargo, las encuestas nacionales de la dinámica demográfica que ha levantado el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en los años siguientes se han vuelto a centrar en los componentes clásicos de la dinámica demográfica y en la población de mujeres de cada una de las entidades federativas del país, para las cuales se busca tener representatividad en ese nivel, aunque por ello se pierda la posibilidad de entrevistar a una población de varones (INEGI, 1998).

Algo similar sucedió con otra encuesta nacional sobre salud reproductiva, que llevó a cabo la Secretaría de Salud durante la siguiente administración gubernamental (en 2003), ya que si bien lleva el nombre de "salud reproductiva", se volvió a privilegiar a la población femenina como informante de los espacios reproductivos y de salud, así como los de sexualidad, violencia y arreglos de género que habían sido investigados en la Ensar con informantes hombres y mujeres. Nuevamente quedó trunca la comparación entre las dos poblaciones involucradas en los comportamientos reproductivos, ignorando elementos de sus respectivas identidades de género y de los discursos que cada quien utiliza para dar cuenta de su lugar en los diferentes intercambios sociales (Chávez, Uribe y Palma, 2007). Esto resulta relevante para la experiencia misma de las mujeres, ya que la literatura muestra que la construcción de la identidad de género es de índole relacional y por lo mismo es necesario conocer la experiencia de los coautores de los espacios reproductivos, ancestralmente asignados a las mujeres (Figueroa, 1998a).

A pesar de estas lagunas en los procesos de obtención de información, durante el periodo presidencial 2000-2006 finalmente cristalizaron esfuerzos realizados con anterioridad al fundarse el Instituto Nacional de las Mujeres. Poco tiempo después de iniciar sus funciones, éste suscribió un convenio con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales a fin de llevar a cabo diplomados sobre políticas públicas y perspectiva de género, en los que sistemáticamente se han ido formando en esta lectura diferentes funcionarios públicos que participan en la definición e implementación de políticas públicas. Paralelamente, la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud se transformó en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, tratando de evidenciar con ello el valor de esta aproximación teórica y política en las acciones gubernamentales.



Lo que ahora hace falta es asegurar que las encuestas y otros modelos que proporcionan información permitan documentar el contexto del comportamiento reproductivo de las mujeres, pero a la par que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las comisiones nacional y estatales de derechos humanos y los institutos nacional y estatales de las mujeres documenten las posibles mejorías y los rezagos pendientes en el contexto en el que las mujeres viven sus procesos reproductivos, una vez que se ha legitimado el uso del concepto de derechos reproductivos y la vigilancia sistemática del entorno social e institucional en el que se construye.

CONDICIONES DE POSIBILIDAD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA EXPERIENCIA DE LOS VARONES

Si nos ubicamos nuevamente a fines de los años setenta del siglo XX, década en la cual se propuso el uso del concepto de derechos reproductivos y se estableció desde la RMMDDR que las decisiones incluidas en esta reivindicación no dependían del sexo de la persona ni de su nacionalidad, etnia, nivel de escolaridad o alguna otra característica, parecería claro que dicho derecho podría ser imaginado como una prerrogativa también de la población masculina. Sin embargo, ello no se percibía como una prioridad, tanto porque el entorno de la sociedad patriarcal no ubica a dicha población en situación de desventaja, como porque no suelen ser vistos como la población a la que se dirigen los programas y políticas relacionados con los comportamientos reproductivos.

Esto puede ser documentado en una primera instancia recordando los indicadores demográficos utilizados para dar cuenta de los niveles de fecundidad en México, así como de sus determinantes o condicionantes en diferentes momentos en el tiempo. Es pertinente recordar que los niveles de fecundidad se miden a partir de indicadores cuyo denominador son las mujeres (pensando en tasas específicas y globales de fecundidad). Con esta referencia es entendible que los indicadores utilizados para dar seguimiento a las características que influyen en dichos niveles de fecundidad y en sus cambios en el tiempo se centren principalmente en variables que aluden a conocimientos, actitudes o prácticas reproductivas, en primera instancia de las mujeres. Incluso, uno de los elementos más documentados desde entonces como condicionante del nivel de fecundidad es el nivel de uso de métodos anticonceptivos, en dos vertientes: el por-



centaje de mujeres que recurren a la práctica anticonceptiva y el tipo de métodos que dichas mujeres usan, lo cual está permeado por la variedad de métodos disponibles.

No se pretende afirmar que el hecho de que una de las dos personas use el método descarta la presencia de la otra en este proceso, pero sí vale la pena preguntarse si la mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos que actúan sobre el cuerpo de la mujer es independiente o no de los supuestos que hemos englobado en la expresión "feminización de la reproducción", tanto en su análisis académico como en su práctica social y, por ende, en el tipo de programas y políticas públicas que acompañan el uso de métodos anticonceptivos. Valdría la pena preguntarse si el desarrollo de opciones anticonceptivas sería diferente si se contara con desarrollos teóricos, médicos, conceptuales y lingüísticos para nombrar e interpretar las experiencias reproductivas de los varones, a la vez que si se reconociera socialmente que tanto mujeres como varones se reproducen y, por ende, son corresponsables de darle seguimiento a las consecuencias reproductivas de su respectiva práctica sexual. Al afirmar esto no nos imaginamos a los varones únicamente como parejas de las mujeres, sino también como individuos que requieren de información y de opciones para decidir sobre sus posibilidades reproductivas, lo cual es complejo de interpretar en un entorno discursivo que los ubica como actores secundarios de los comportamientos reproductivos y que, en consecuencia, los excluye al diseñar opciones anticonceptivas y les restringe el acceso a servicios de información y de salud en el ámbito de la reproducción.

Poco a poco se ha hecho más evidente la necesidad de obtener información sobre la población masculina, pero con cierta ambigüedad sobre la utilidad última de ese proceso; es decir, ¿fue básicamente para acompañar de manera más equitativa a las mujeres que seguían siendo el eje de los programas y de los estudios sobre comportamientos reproductivos o bien como un recurso para visibilizarlos como entes reproductivos, con responsabilidades y a la vez con derechos en estos espacios? De ser así, se replantearían los esquemas de interpretación, intervención y acompañamiento alrededor de los comportamientos reproductivos. No es tan sencillo confirmar cuál es el enfoque dominante, dado que diferentes procesos de obtención de información sobre dicha población no necesariamente han traído consigo una discusión explícita de los supuestos y las búsquedas teóricas, analíticas y políticas detrás de sus esfuerzos de obtención de información, pero además porque en ocasiones se contrasta la información



de los varones con la de las mujeres, sin explicitar de qué manera el incluirlos a ellos matiza y redefine el objeto de estudio en el entorno de los comportamientos reproductivos.

En 1995 se combinaron acciones que de diferentes formas fueron haciendo presente a la población masculina dentro de los espacios reproductivos; por una parte, en el contexto internacional un lugar central lo ocupó la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, ya que si bien no se centró en los comportamientos reproductivos, muchas de las demandas de la misma constituyen las condiciones de posibilidad para relaciones de género más equitativas, las que a su vez posibilitarían el ejercicio de los derechos reproductivos en su sentido más amplio. Como ya se comentó, en el contexto nacional la preparación misma de esta conferencia, junto con la de Derechos Humanos de 1993 y la de Población y Desarrollo de 1994, habían producido un consenso sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género a diferentes programas gubernamentales y políticas públicas. Si bien esto no estuvo acompañado de servicios de salud que replantearan de manera clara los estereotipos de género, sí acompañó un proceso incipiente en la vida académica y en los espacios de investigación de algunas instituciones gubernamentales para estudiar a los varones como personas que se reproducen y no únicamente como acompañantes de las mujeres en sus eventos reproductivos.

Un ejemplo de ello fue la celebración en noviembre de 1995, en la ciudad de Zacatecas, del Seminario Internacional sobre Fecundidad y Ciclos de Vida de los Varones, ya que entre otros temas se discutió la necesidad de contar con nuevas categorías para interpretar la dimensión relacional de la reproducción y de las identidades de género, en particular desde la perspectiva de las dos disciplinas que organizaron dicho seminario (a saber, la demografía y la antropología). Paralelamente, se identificaron vertientes analíticas para diseñar nuevas fuentes de información que permitieran documentar su entorno, pero a la vez ir construyendo referencias teóricas para acercarse a una definición de lo que podría denominarse salud y derechos reproductivos en la experiencia de los varones (Lerner, 1998). Sin tener todavía respuestas acabadas, se confirmó la perspectiva de que la posibilidad de documentar las experiencias reproductivas de los varones, así como su relación con las de la población femenina, permitiría enriquecer la lectura de las condiciones de posibilidad para una práctica reproductiva más equitativa y permeada por los derechos, pero desde la experiencia de las personas de ambos sexos.



En el trabajo académico, este seminario derivó en reflexiones más sistemáticas sobre la manera de relacionar a los varones con los comportamientos reproductivos, pero cuidando de no verlos simplemente como meros acompañantes de las mujeres (Figueroa y Rojas, 2002); sin embargo, esto tiene su grado de complejidad dadas las condicionantes lingüísticas para dar cuenta de los eventos reproductivos y, por ende, de las tradiciones culturales en las que se inserta el lenguaje cotidiano, pero incluso el utilizado por las disciplinas que los estudian.[4] En este tenor, es relevante volver a hacer referencia a la Ensar de 1998, ya que sus resultados permitieron constatar la relevancia de considerar a la población masculina al tratar de interpretar el comportamiento reproductivo de la población, pero en especial si se considera también el entorno sexual de la misma, así como diferentes elementos de los encuentros y desencuentros que se presentan en las relaciones de género.[5]

Con esta nueva información no se trata de relativizar o cuestionar acríticamente los relatos y recuentos de tantos estudios con mujeres, sino de complementarlos con los de la población masculina, especulando a la par sobre el sentido de las coincidencias y discrepancias, pero yendo más allá de un criterio de exactitud empírica para incursionar incluso en el ámbito de las representaciones sociales que cada población va aprendiendo, repitiendo y potencialmente cuestionando al dar cuenta de las experiencias desde las cuales interactúan en diferentes etapas de su vida (Figueroa, Jiménez y Tena, 2006). Esto es más claro cuando se retoman algunos de los debates que han surgido a propósito de la credibilidad que tienen los relatos hechos por la población masculina, pero en especial alrededor de la pertinencia o no de usar categorías como malestares y derechos para nombrar algunas experiencias reproductivas de los varones.

En esta vertiente de discusión teórico-política hemos llevado a cabo una revisión cuidadosa de los supuestos políticos, éticos y teóricos detrás del concepto de derechos reproductivos, así como de las condiciones de posibilidad para combinar las dimensiones de derechos, reproducción y varones, ya que de otra forma la posibilidad de construir una lectura de los varones como sujetos titulares de derechos en este ámbito se diluye (Figueroa, 2001b).

[4] Una reflexión constante de la literatura lingüística alude a que "aquello que no se nombra se acaba aceptando que no existe" (Beuchot, 1979).

[5] Un ejemplo de su utilidad lo representa la serie de estudios desarrollados con esta información para un diagnóstico sobre salud reproductiva en México. Véase Lerner y Szasz, 2008.



Por lo mismo, a continuación reconstruimos algunos elementos del debate asociado a los derechos reproductivos al pensarse para los varones, pero asumiendo una posición política explícita ante diferentes cuestionamientos sobre la pertinencia del uso de dicha categoría para esta población.

Empezamos por señalar que si se utiliza como referencia la exclusión de género con el fin de pensar la titularidad de los derechos en la experiencia tanto de mujeres como de varones, un problema teórico y político que debe ser considerado es el poder justificar que las discriminaciones que pueden vivir miembros de cada una de estas poblaciones tienen algún tipo de equivalencia; más aún, desde el punto de vista político suele argumentarse que aplicar el calificativo de "exclusiones" a lo que viven los varones puede invisibilizar la responsabilidad de los mismos en las exclusiones y las discriminaciones hacia las mujeres (Díaz y Gómez, 1998). Por ende, se puede acabar en una posición extrema de competencia de victimización, donde se diluyan las responsabilidades de quienes las reproducen, las construyen y las legitiman.

Siguiendo a Simone de Beauvoir (1989), diferentes autores han afirmado que no se nace con una identidad de hombre o de mujer, sino que ésta se adquiere a partir de lo que socialmente se va asignando y reconociendo a las personas en función de su sexo biológico. En este sentido, las personas van siendo influidas por el contexto de la sociedad en la que se está viviendo; con esas especializaciones de género se van limitando ciertas posibilidades que los individuos podrían llegar a desarrollar si estuvieran socializados en un ámbito de identidades más flexibles y, además, no excluyentes ni jerárquicas.

Ahora bien, eso no quiere decir que las personas seamos una consecuencia directa del tipo de aprendizajes sociales a los que estamos expuestos y que no tengamos ningún tipo de posibilidad de cuestionamiento o incluso de responsabilidad en el proceso de reproducirlos y mantenerlos; lo que sí es cierto es que en la medida en que éstos se van naturalizando y presentando como obvios, es factible que muchos individuos ni siquiera se den cuenta del carácter —que podríamos llamar artificial— de los mismos.

En esta lectura se interpreta que, si muchas desigualdades no se transforman o no se han reducido, hay una corresponsabilidad de los individuos partícipes en las mismas; además, dado que hay un mayor consenso y múltiples evidencias de las desventajas y las discriminaciones a las que están expuestas las mujeres por vivir en una sociedad patriarcal, se asume de alguna forma que para ellas sí es legítimo (o en mayor grado) hablar de dis-



criminación y de exclusión, precisamente porque en grupo son la población más desfavorecida en el acceso a oportunidades y el ejercicio de derechos. En la contraparte, parece menos oportuno y justificable, teórica y políticamente, que los hombres hablen de ser excluidos, cuando están viviendo en una sociedad patriarcal que les otorga una buena cantidad de privilegios, asociados a dichos procesos de socialización y de especialización de género (Connell, 2003). Por ello, poco se discute la forma en que esos procesos de especialización de género pueden provocar desventajas y consecuencias negativas para los hombres, e incluso que puedan provocar algún tipo de exclusión en el ejercicio de sus derechos.

Es interesante reconocer que una de las razones por las cuales se le resta legitimidad a una demanda de reparación de exclusiones, en el caso de los varones, es que éstos, fundamentalmente a nivel global, pero incluso a nivel individual, poco hablan de sus malestares y de su incomodidad antes las consecuencias de las especializaciones de género, pero no únicamente de ellos sino de algunas que son evidentes para el caso de las mujeres. Por esta razón, el afirmar que los hombres viven malestares es motivo de cuestionamientos y de resistencias, pero aún más el pensar que vivan exclusiones (Díaz y Gómez, 1998; Guevara, 2003).

A pesar de lo anterior, la teoría feminista y la perspectiva de género han ido construyendo referencias teóricas y políticas que permiten replantear de manera importante la forma en que hemos venido aprendiendo a construir nuestra lectura de la realidad, incluso a pesar de las situaciones diferenciales de poder a las que estamos expuestos y de las que somos parte las mujeres y los varones. Por lo mismo, es necesario explorar lo que ello implica políticamente para una población como la masculina, sin restringir la visión a una postura maniquea que identificaría a los varones básicamente como victimarios.

El hecho de que los varones no hayan iniciado movimientos de cambio social de las relaciones de género y que regularmente no manifiesten de manera tan evidente sus malestares sobre posibles desigualdades o consecuencias negativas derivadas de las especializaciones a las que han estado expuestos podría llevar a imaginar que no requieren de un trabajo explícito para reivindicar sus derechos. No obstante, si recordamos la historia del movimiento feminista, existían y siguen existiendo mujeres que no necesariamente apoyaban esa demanda y denuncia de la situación marginal de las mujeres, sino que fue el mismo planteamiento del movimiento feminista el que poco a poco fue ayudando a una toma de conciencia y a tratar de su-



perar un proceso de alienación y enajenación en el que estaban inmersas ancestralmente muchas mujeres. Es factible hipotetizar que la enajenación en la que viven los varones en esta sociedad patriarcal hace todavía más compleja la posibilidad de que reconozcan la necesidad de tomar distancia de sí mismos, así como la necesidad y legitimidad de nombrar malestares, que quizá incluso vivan pero que, por los procesos de socialización de género, no los reconozcan hasta que alguien más los nombre, como les pasó a las mismas mujeres.

En este sentido, vale la pena retomar lo argumentado por la lingüística, en términos de que el lenguaje impregna la forma en que vemos, describimos, interpretamos y, a la larga, vivimos nuestra cotidianidad, y por esto, es probable que muchos de los silencios de los hombres sobre las posibles desigualdades vividas en los espacios reproductivos tengan su raíz en la falta de términos para describir una situación distinta, en la falta de categorías introyectadas para ver otra realidad como posible y, en última instancia, por la carencia de referentes que les den otra variante, otro sentido y otras posibilidades al nombrarse cotidianamente como sujetos que se reproducen. Esta dimensión estaría más allá de la mera complicidad o el miedo para cuestionar el entorno y se centraría en los recursos de que se dispone para aprehender la realidad.

Otra de las posibles interpretaciones de los silencios de los hombres surge de las características de una sociedad patriarcal, en donde el sujeto masculino es considerado como el paradigma y la referencia básica para normar y nombrar la realidad; por lo tanto, dicho sujeto no requiere nombrarse a sí mismo, pues se da como obvio, como evidente y como punto de partida. Tan es así que autores estudiosos de los varones y la masculinidad llegan a afirmar que existe una crisis de los modelos de masculinidad, pero que irónicamente muchos varones no se han dado cuenta de la misma, a pesar de sus molestias y malestares, precisamente porque buscan la causa o el origen de los malestares fuera de ellos, sin llegar de manera sistemática a revisar su forma específica de construcción de la masculinidad (Connell, 2003; Olavarría, 2005, entre otros).

En este escenario surge además la duda sobre si el origen de sus incomodidades y molestias, nombradas o no, proviene de la pérdida de poder al sentir que es cuestionada su posición jerárquica, o bien por una necesidad de rastrear las causas de los malestares que podrían incluso derivarse de su situación de privilegio en una sociedad patriarcal. De ser así, podría darse que ellos mismos estuvieran interesados en un cuestionamiento de



esas relaciones de poder, ya que aunque implicara perder privilegios, potencialmente les ayudaría a contrarrestar malestares. Esta vertiente de trabajo la han explorado Tena y Jiménez (2003) en el caso concreto de los comportamientos reproductivos de los varones y si bien no existe una respuesta lineal en términos de en cuál de los dos tipos de malestares se insertan los relatos de algunos varones, las autoras constatan la situación ambivalente en la que viven los varones su reproducción y a la cual podríamos referirnos como crisis y reacomodos en sus identidades de género.

Lo que Tena y Jiménez plantean es que los varones pueden estar viviendo (o viven, en realidad) situaciones contradictorias, ambivalentes y potencialmente injustas en el ámbito de la reproducción, pero que, por el lenguaje asociado al estatus social que ocupan, es factible que ni siquiera los identifiquen o que incluso explícitamente rehúsen nombrarlos como tales. Sin embargo, más que invalidarlos, lo que estas autoras sugieren es la posibilidad de que por medio de una entrevista se puedan descubrir algunos de dichos malestares y desde ahí analizarlos. Por ende, más que descalificar la posibilidad de los derechos porque no hay una demanda explícita de grupos de varones, asumiéndose como excluidos o marginados, estas autoras serían de la idea que documentar sus necesidades y descifrar sus malestares puede ayudar posteriormente a socializar la información con los propios involucrados y con ello estimular una identificación de las estrategias necesarias para contrarrestarlos, a la par que se redefinen sus responsabilidades en dichos espacios reproductivos en términos relacionales.

En la misma vertiente de reflexión se encuentran los hallazgos de un libro publicado recientemente (Figueroa, Jiménez y Tena, 2006), en el que se incluyen resultados de 10 investigaciones alrededor de las experiencias reproductivas y sexuales de los hombres mexicanos, en algunos contextos urbanos mayoritariamente, aunque también incluye un estudio con población indígena y una muestra estadística con representatividad nacional. Los malestares identificados en algunos de estos estudios pueden dividirse de varias formas, a partir de los relatos reconstruidos por los varones. Una de ellas consiste en identificar una serie de situaciones a veces descritas como dolorosas o, por lo menos, como una añoranza de lo que pudo haber sido de otra manera, en la relación con sus respectivos padres (Torres, 2002; Haces, 2002). Algunos de estos hombres residentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México fueron entrevistados para conocer elementos de la relación que tienen con sus hijos y cómo, en este proceso, llegan a compararla con lo que ellos vivieron con sus padres. En estos relatos emerge lo



que podría nombrarse como malestares; por ejemplo, cuando califican el hecho de ser proveedor como una carga ante el deseo de estar con sus hijos, queriendo evitar lo que sus padres vivieron con ellos, tanto en el sentido de la distancia emocional que mantenían hacia ellos, por ser del sexo masculino, como por la violencia que sufrieron como requisito para moldearse como hombres.

Otro grupo de hombres reconoce que no ha renunciado a su relación de pareja, a pesar de percibirla como desgastada, pues considera una desventaja social que, como hombres, en caso de divorcio la custodia de los hijos se asigne mayoritariamente a las mujeres, con lo cual la posibilidad de seguir conviviendo con los hijos se hace más difícil (Jiménez, 2003).

Otra situación injusta que reconocen algunos hombres alude a los embarazos impuestos por su pareja sexual, incluso en contextos en que ya convivían con ella; es decir, no precisamente como una forma de forzar el inicio de una convivencia. A pesar de casos bien documentados al respecto, lo que también se documenta en estos estudios son los comportamientos ambivalentes y contradictorios con los que los mismos varones responden a esas situaciones injustas que describen, como lo es el tener relaciones afectivas paralelas, mientras no se decida una separación, ya sea por iniciativa de ellos o de sus parejas (Jiménez, 2003). Si bien esto obliga a contextualizar mejor sus relatos de los malestares, no pueden negarse situaciones en que los miembros de la población masculina viven ciertas injusticias en el espacio de la reproducción, a las cuales no puede responderse simplemente aludiendo a los recursos de los que socialmente disponen en esa sociedad patriarcal, sino construyendo nuevas categorías para reconstruirlas.

Con la intención de explorar estas nuevas referencias analíticas, teóricas y políticas, en otro texto propusimos una definición provisional de derechos reproductivos y de la defensa de los mismos. Dicha defensa de los derechos reproductivos podría consistir en el "proceso por el cual se solucionan democráticamente conflictos éticos y dilemas que se generan en el ámbito de la reproducción" (Figueroa, 1996b: 214), sin asumir que éstos solamente son vividos por las mujeres, pero tratando de dejar también explícito que la negociación y solución de los mismos requiere de un abordaje con referentes democráticos. Ello implica que las personas involucradas en el dilema se reconocen mutuamente como titulares de derechos y asumiendo responsabilidades sobre el ejercicio de los derechos de otras personas con las cuales interactúan para potencialmente llegar a construir sus espacios y procesos reproductivos.



Esto que puede parecer una utopía se alimentó posteriormente con una revisión muy cuidadosa de la historia de la construcción del concepto de derechos reproductivos, a la luz del movimiento feminista, tratando de identificar cuáles eran los ejes analíticos y políticos básicos, que se identificaban como condiciones de posibilidad para que dichos derechos pudieran tener sentido (Figueroa, 2000). Estas dos dimensiones, que podríamos describir como ejercicio ciudadano y conciencia de cuerpo, complementaban en una primera instancia la apuesta de soluciones democráticas en los conflictos, pero le añadieron un elemento profundamente relevante al discurso feminista sobre derechos reproductivos, como es la conciencia del cuerpo.

Esto abre dos horizontes distintos o dos dimensiones que se deben considerar: una primera se refiere a la necesidad de que los varones revisen formas de acercarse a sus respectivos cuerpos, pero además hacer evidente las grandes diferencias de lo que ocurre en los cuerpos de los hombres y las mujeres durante los procesos reproductivos (Herrera, 1999). Por lo mismo, no podría dejarse en la ambivalencia o en la neutralidad, pero mucho menos en un "equilibrio aparentemente simétrico", la cuestión de las diferencias de lo que ocurre en los cuerpos de hombres y mujeres, ya que esto es identificado como fuente de grandes desencuentros, pero además como una justificación desde el movimiento feminista y de mujeres, de la necesidad de acciones afirmativas, siempre para el caso de la población femenina (Díaz y Gómez, 1998). Una posible lectura de esas acciones afirmativas le apostaría a centrar los derechos reproductivos en una prerrogativa de las mujeres, dado que son quienes se embarazan y, por ende, quienes tienen la última palabra de lo que ocurre con sus cuerpos. Por lo mismo, sería necesario apoyarlas en la solución de cualquier situación conflictiva, en particular en una sociedad de relaciones desiguales con los hombres (Guevara, 2003).

La otra dimensión que requiere de cambios teóricos, epistemológicos y políticos de largo alcance contemplaría nombrar, pensar y reconocer a los varones como seres que se reproducen y con cuerpos que se reproducen, pero como individuos que necesitan construir una legitimidad para ser identificados como titulares de derechos reproductivos, centralmente a partir de reconocer los derechos de los cuerpos y de las personas (por decirlo de una manera muy clara) con los cuales interactúan, pero a la vez su responsabilidad ante cualquier proceso de exclusión en el ámbito de la reproducción (De Keijzer, 1999). Es obvio que nuevamente esto refiere a la forma de nombrar los eventos reproductivos, a la forma de construir las referencias de cuerpo entre hombres y mujeres, pero paralelamente a la



negociación de cualquier proceso de ciudadanía que pueda vincularse con los espacios reproductivos (Petchesky y Judd, 1998).

Este proceso de reflexión nos permite mostrar algunos avances asociados al objetivo central de este texto, en términos de reconstruir cómo se ha ido delimitando la noción de titularidad de derechos reproductivos para el caso de la población masculina. Shepard (1996) proponía que el primer derecho de los hombres es la posibilidad de cuestionar los atributos que socialmente se han ido construyendo en dinamismos básicos del quehacer humano como su sexualidad y su reproducción y, desde ahí, irle dando otro sentido más flexible a sus identidades de género y con ello acompañando procesos más equitativos en sus intercambios con las mujeres. Por su parte, De Keijzer (1999) recomendaba que, antes de hablar de derechos de la población masculina, haría falta explicitar sus responsabilidades en el intercambio con las mujeres, pero a la vez reconoce como uno de los ejes de los derechos de la población masculina el acceder a una educación sexual no sexista, la que permitiría a los varones un redescubrimiento de su cuerpo, una resignificación del mismo y una inmersión en el proceso requerido para identificar sus necesidades en el ámbito de la reproducción y de la sexualidad. Según estos dos autores, la falta de recursos simbólicos en esta materia se les ha bloqueado por los procesos de especialización de género a los que están expuestos. Explícitamente, ninguno de estos autores habla de exclusión de los varones, pero dan a entender que los procesos en los que están inmersos para aprender a hacerlo de alguna manera limitan y dificultan su desarrollo en el ámbito de su sexualidad, de su salud, de su reproducción y en otros espacios más, con una dimensión más equitativa e integral de lo que están viviendo en la actualidad.

En la contraparte, Díaz y Gómez (1998) sí parten del concepto de exclusión y a partir de él cuestionan la neutralidad del concepto de derechos humanos dentro de una sociedad desigual, en donde los individuos tienen oportunidades distintas de acceder al ejercicio de los mismos. Por esta razón, abogan por acciones afirmativas que acompañen a las personas excluidas de las condiciones de posibilidad del ejercicio de sus derechos y concluyen que los varones no tienen este tipo de necesidades en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, ya que el entorno cultural, social y político de una sociedad patriarcal les da cierto tipo de prerrogativas, con las cuales (de acuerdo con su lectura) pueden resolver sus necesidades en cada uno de estos ámbitos. En esta misma vertiente se encuentran los resultados de investigación de Guevara (2003), quien concluye que los hombres no re-



quieren una reivindicación especial en el espacio de los derechos, pues con los recursos y prerrogativas que tienen en una sociedad patriarcal podrían llegar a resolver cualquier tipo de necesidad o de dilema en este ámbito. Sin embargo, Guevara no llega a especificar qué hacer cuando uno de los principales recursos socialmente legitimados entre la población masculina para resolver conflictos es el uso de la violencia. Es decir, cómo analizar un conflicto de derechos cuando no hay una práctica clara de negociación o incluso el interés de hacerlo. Si se da por hecho que la posición en las relaciones sociales de los varones les brindan los elementos para resolver y atender sus necesidades, es factible que se legitime que los varones recurran a las formas en que han logrado mantener esa posición de privilegio.

En el caso de Ortiz Ortega, Rivas y Franco (2003), lo que ellas cuestionan básicamente es que cuando la discusión sobre derechos reproductivos de los varones alude al poder, lo hace de una manera que se centra en una lectura psicológica, como si fuera nada más una cuestión de voluntad de los varones modificar el ejercicio del poder, más que cuestionar las condiciones estructurales que lo mantienen. En ambas lecturas, es profundamente relevante la dimensión del poder y difícilmente se reconocería a los varones con algún tipo de exclusión; más bien se demandaría que éstos cuestionen individual, grupal o socialmente las formas de ejercicio del poder, como para llegar a tener cierta legitimidad en la demanda de sus derechos reproductivos.

Para avanzar en el proceso de construir categorías que permitan relacionar las dimensiones de derechos, reproducción y varones, en los últimos años hemos establecido un diálogo constructivo con diferentes cuestionamientos que se le han hecho al concepto de derechos reproductivos pensado para los varones, pero más que para descalificar esas críticas, con el propósito de ir construyendo una respuesta fundada en preocupaciones y cuestionamientos de colegas muy cercanas a la construcción de la noción de derechos reproductivos (Figueroa, 2005).

En un texto previo (Figueroa, 2005) intentamos sistematizar algunas críticas a las que se enfrenta la definición y reconocimiento de derechos reproductivos en la experiencia de los varones. Esto incluye críticas de tipo conceptual y teórico, así como cuestionamientos sobre los supuestos políticos de la búsqueda, además de evidenciar la falta de consenso sobre las posibles discriminaciones reproductivas que viven los varones y que ameriten reivindicarles derechos. Varias de estas resistencias son más entendibles cuando los derechos solamente se construyen para recuperar privile-



gios de los varones, o bien como un recurso en contra de las mujeres; ambas posibilidades son un riesgo cuando no se recupera una perspectiva de género que permita cuestionar las raíces de las desigualdades que viven mujeres y varones dentro de una sociedad patriarcal para poder ejercer sus respectivos derechos en el ámbito de la reproducción, ámbito en el que sugerimos seguir trabajando teórica y políticamente.

EL RECURSO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE LA REPRODUCCIÓN

Sin dejar de reconocer las diferencias biológicas y las desigualdades en el ejercicio del poder, creemos necesario recurrir a categorías que eviten una lectura maniquea de los momentos reproductivos vividos por mujeres y varones. Nuestra propuesta es que, para salvar algunas de las críticas que existen sobre la noción de derechos reproductivos pensada para los varones, puede usarse la categoría de "derechos humanos en la reproducción", la cual podría englobar tanto a varones como a mujeres, pero sobre todo, podría cuestionar el que el debate sobre derechos reproductivos se haya centrado en escoger cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, dejando de lado las condiciones de posibilidad para poder hacer ese tipo de elecciones. Por ende, se requiere además de una nueva lectura de los derechos humanos, no únicamente como punto de partida que enuncia la igualdad de los seres humanos como algo evidente, sino que reconoce la igualdad como aspiración. Esto demanda que se asuman compromisos sociales para contrarrestar desigualdades ancestralmente legitimadas y para revisar el ejercicio de los derechos, una vez que se han reconocido nuevos titulares de los mismos, con sus respectivas especificidades.

La categoría de derechos humanos en la reproducción no le restaría fuerza política al concepto de derechos reproductivos para los movimientos de mujeres y, además, ayudaría a evidenciar que decidir sobre la reproducción es más que decidir sobre la fecundidad: es hacerlo sobre el entorno en el que se vive la reproducción, ejerciendo los diferentes derechos humanos asociados a la construcción de los espacios reproductivos. Ello alude a las relaciones de poder entre las personas que tratan de reproducirse, dentro o fuera de una relación de pareja.

Tanto varones como mujeres estamos expuestos a procesos de socialización de género y éstos limitan algunas de las posibilidades de los indivi-



duos en su proceso de construirse como personas, si bien no creemos que sean equivalentes las discriminaciones que se viven en una sociedad patriarcal. Dicho en términos sintéticos, el proceso para construir la titularidad de las mujeres y de los varones en el ámbito de los derechos reproductivos tiene importantes diferencias y éstas permiten ir delimitando las necesidades de investigación a futuro.

EPÍLOGO

1] En el caso de las mujeres, la búsqueda de titularidad partió de una denuncia explícita de grupos de mujeres sobre las discriminaciones, las subordinaciones y las descalificaciones que recibía la población femenina en sus proyectos de vida, precisamente por el hecho de embarazarse y de que socialmente se asumiera que ellas eran las principales, o más aún, las únicas responsables del cuidado y la educación de los hijos, con lo cual a partir del nacimiento del primero (si no es que desde la misma etapa en que se unía la mujer) se limitaban sus ámbitos de acción a lo doméstico y con ello se frenaba la posibilidad de desarrollo en otros espacios. Esto se mantenía, en buena medida, idealizando la maternidad con el propósito de que las mismas mujeres la asumieran como su proyecto central de vida, pero por otro lado, avalando que los varones asumieran como uno de sus atributos fundamentales el de ser proveedores de las mujeres y de la descendencia. Con ello se restringía la posibilidad de establecer lazos de convivencia y afectivos, en particular con los hijos, pero además manteniendo a la mujer como responsable de este espacio, como parte de especializaciones excluyentes e incluso como vigilantes de que la otra persona los llevara a la práctica.

Esto se legitimó, se mantuvo y a ratos pretende continuarse, mediante normas institucionales de diferente índole. Por ello, no siempre fue tan directa la aceptación de otras mujeres en cuanto al cuestionamiento que de estos atributos demandaban las primeras feministas. A pesar de múltiples resistencias, críticas y descalificaciones que pudieron haber recibido, ha sido cuestión de tiempo ir evidenciando que en una sociedad patriarcal las mujeres viven múltiples formas de discriminación y que por ende se legitima definir, trabajar y luchar por reivindicaciones que busquen igualar el acceso a las oportunidades de ejercicio como persona, de desarrollo como individuo y, en el caso de este texto, de construcción autónoma de la propia historia reproductiva. Se han tenido que cambiar leyes, se han definido



acciones afirmativas, se han hecho tribunales para denunciar abusos, se han organizado grupos de mujeres para concientizar a intérpretes de las leyes y de los programas gubernamentales, pero además, para vigilar críticamente su trabajo cotidiano.

En este proceso se ha logrado estructurar un movimiento social que ha permeado la revisión de políticas públicas, la construcción de categorías teóricas y la legitimidad académica necesaria para visualizar la problemática de la exclusión de las mujeres, incluso en encuentros internacionales de los gobiernos de todas las regiones del mundo. En el caso de México, esto se ha traducido en instituciones de gobierno que recuperan la perspectiva de género y la dimensión de los derechos de las mujeres, así como la creación de instancias para acompañar la vigilancia de dichos derechos (Comisión Nacional de Derechos Humanos, Comisión Nacional de Arbitraje Médico e Institutos de las Mujeres, entre otros).

2] En el caso de los varones el escenario es muy complejo, ya que si bien, al igual que las mujeres, existen diferentes declaraciones nacionales e internacionales que les reconocen la capacidad de decidir sobre la reproducción, su significado no es tan evidente, por una parte cuando los hombres no viven un embarazo en sus cuerpos, cuando además no son nombrados por las disciplinas como seres que se reproducen de manera tan obvia y cuando se supone que por sus privilegios de género en una sociedad patriarcal no están excluidos de la toma de decisiones en el ámbito de la reproducción; pero más aún, cuando se supone que es improcedente que demanden derechos reproductivos o que sean nombrados como titulares de los mismos.

Por esas razones el proceso ha sido más lento, por una parte cuestionando las lecturas actuales de derechos reproductivos que de manera incipiente se han creado en lugares donde quieren aludir a la disputa por la patria potestad entre hombres y sus ex parejas cuando se divorcian. Otro riesgo que se percibe con esta categoría es que legitime el poder sobre las mujeres al negarles el derecho a decidir sobre su cuerpo, dado que el producto de un embarazo se describe, ahora sí, como en coautoría del varón, aunque sean los únicos momentos en los que se alude a esa coautoría y no durante todo el proceso de gestación y de socialización de los hijos. Otro problema que se enfrenta es al dialogar con hombres para reconocer o no que tienen malestares, que pueden vivirlos y que es necesario reivindicar algún derecho para contrarrestarlos, pero sobre todo, trabajando sobre las



raíces y el origen último de dichos malestares. Esto implica no únicamente el trabajo unilateral para mejorar la situación de los hombres, sino en conjunto cuestionar cualquier desigualdad de género, de hombres y de mujeres, ya que esto está en la raíz de todas las exclusiones de género que cualquiera de ellos puede llegar a vivir.

En el caso de los varones, son recientes los esfuerzos para tratar de visualizarlos en tanto seres que se reproducen con necesidades, malestares y derechos en el ámbito de la reproducción, y no únicamente como actores distantes con privilegios patriarcales; no obstante, la evidencia que conocemos constata que dichos privilegios no han sido cuestionados de manera sistemática desde la misma población masculina y, por ende, descifrar los silencios de los varones sigue constituyendo un objeto de estudio, a propósito de sus posibles malestares en el ámbito de la reproducción. Poco a poco se ha podido cuestionar la insuficiencia de programas educativos y de salud pensados para los varones, precisamente por estar centrados en la población femenina, pero además se ha evidenciado la necesidad de promover también en los modelos de socialización de los varones la negociación del poder en los intercambios de género, como una condición para legitimar su posible demanda de derechos reproductivos. Se ha constatado la falta de términos y de categorías para reconstruir sus experiencias reproductivas, pero a la par las posibilidades de la perspectiva de género para repensar las relaciones de poder en los encuentros y desencuentros entre varones y mujeres con capacidad e interés de reproducirse.

Es importante dejar anotado que una población que aún requiere de un análisis a profundidad en el acceso a sus derechos reproductivos y la forma en que está definida su titularidad al respecto es la población homosexual, ya que lo analizado aquí para mujeres y varones en general tiene otra serie de complejidades cuando se piensa en una población con una orientación sexual que no es reconocida como la hegemónica y dominante.

REFERENCIAS

Aparicio, R., 1993. Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México, en *Memorias de la IV Conferencia Latinoamericana de Población sobre la Transición Demográfica en América Latina y el Caribe*. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, **II**: 809-824.



Aparicio, R., 2007. Necesidades no satisfechas de anticoncepción, en A.M. Chávez, P. Uribe y Y. Palma (coords.), *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México, Secretaría de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarías, UNAM, pp. 133-143.

Barbieri, T. de, 1982. Derechos humanos de las mujeres y políticas de población. Una relación compleja, *II Reunión de Investigación Demográfica en México*. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 785-788.

Barker, G.T., 2005. *Dying to Be Men. Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Reino Unido, Routledge.

Beauvoir, S. de, 1989. *El segundo sexo, los hechos y los mitos*. México, Alianza Editorial Mexicana-Siglo XXI.

Beuchot, M., 1979. *Elementos de semiótica*. México, UNAM.

Cervantes, A., 1993. México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales, en *Memorias de la IV Conferencia Latinoamericana de Población sobre la Transición Demográfica en América Latina y el Caribe*. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, **I**: 759-789.

Cervantes, A., 1999. Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica, en B. García (ed.), *Mujer, género y población en México*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 363-429.

Chávez, A.M., P. Uribe e Y. Palma (coords.), 2007. *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México, Secretaría de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Connell, R.W., 2003. *Masculinidades*. México, UNAM.

Cook, R., 1992. International protection of women's reproductive rights, *University Journal of International Law and Politics* **24**: 645-727.

Cook, R., 1993. International human rights and women's reproductive health, *Studies in Family Planning* **24** (2): 73-86.

Cook, R., 1995. Human rights and reproductive self-determination, *The American University Law Review* **44** (4): 975-1016.

Correa, S., 1994. *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South*. Londres, Zed Books.

Correa, S., y R. Petchesky, 1994. Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective, en G. Sen G., A. Germain y L. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*. Cambridge, Harvard University Press, pp. 107-123.

Díaz, A., y F. Gómez, 1998. *Los derechos sexuales y reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos*. Santa Fe de Bogotá, Profamilia.

Family Care International, 1994. *Acción para el siglo XXI: salud y derechos reproductivos para todos*. Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos



reproductivos recomendadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en septiembre de 1994. Nueva York.

Family Care International, 1995. *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*. Marco de acción sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes, incluidas las conferencias de Beijing, Copenhague, El Cairo y Viena. Nueva York.

Figueroa, J.G., 1991. Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios, *Salud Pública en México* **33** (6): 590-601.

Figueroa, J.G., 1994. Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva, en *Memorias de la IV Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*. México, Sociedad Mexicana de Demografía **I**: 110-118.

Figueroa, J.G., 1995. Aproximación al estudio de los derechos reproductivos. México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México (Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción, 8).

Figueroa, J.G., 1996a. La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud, en C. García y H. Hernández (coords.), *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, pp. 45-78.

Figueroa, J.G., 1996b. Un apunte sobre ética y derechos reproductivos, en *Salud reproductiva: nuevos desafíos*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, pp. 209-218.

Figueroa, J.G., 1998a. La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones, en S. Lerner (ed.), *Sexualidad, reproducción y varones*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 163-189.

Figueroa, J.G., 1998b. Análisis ético del entorno de los servicios de salud en el ámbito de la reproducción, en E. Dória Bilac y M.I. Baltar (orgs.), *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Sao Paulo, Editora 34, pp. 67-98.

Figueroa, J.G., 1999a. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos, en B. García (ed.), *Mujer, género y población en México*. México, Sociedad Mexicana de Demografía-El Colegio de México, pp. 61-101.

Figueroa, J.G., 1999b. Algunos desencuentros al normar servicios sobre salud reproductiva: un apunte desde la experiencia de organizaciones no gubernamentales, en S. González (coord.), *Organizaciones no gubernamentales que trabajan por la salud reproductiva en México*. México, El Colegio de México, pp. 139-171.

Figueroa, J.G., 2000. Algunas propuestas analíticas para la delimitación del concepto de derechos reproductivos en la experiencia de los varones, *Revista de Estudios de Género La Ventana* (12): 43-72.

Figueroa, J.G., 2001a. Los procesos educativos como recurso para cuestionar modelos hegemónicos masculinos, *Diálogo y Debate de Cultura Política* **15** (16): 7-32.



Figueroa, J.G., 2001b. Varones, reproducción y derechos: ¿Podemos combinar estos términos?, *Revista Desacatos* (6): 149-164.

Figueroa, J.G., 2005. Algunos dilemas éticos y políticos al tratar de definir los derechos reproductivos en la experiencia de los varones, *Perspectivas Bioéticas* **10** (18): 53-75.

Figueroa, J.G., B. Aguilar y G. Hita, 1994. Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos, *Estudios Sociológicos* **XII** (34): 129-154.

Figueroa, J.G., y O. Rojas, 2002. La investigación sobre reproducción y varones a la luz de los estudios de género, en E. Urrutia (coord.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México, El Colegio de México, pp. 201-227.

Figueroa, J.G., L. Jiménez y O. Tena (coords.), 2006. *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México, El Colegio de México.

Figueroa, J.G., y B. Aguilar, 2006. Una reflexión sobre el uso de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos, en J.L. Lezama y J. Morelos (coords.), *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*. México, El Colegio de México, pp. 185-211.

GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), 1996. *Memoria del Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos*. México (5 videos).

González, S., 1999. Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México, en S. González. (coord.), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. México, El Colegio de México, pp. 15-52.

Greene, M., y A. Biddlecom, 2000. Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles, *Population and Development Review* **26** (1): 81-115.

Guevara, E., 2003. ¿Se puede hablar de los derechos reproductivos de los hombres en el caso del aborto?, ponencia presentada en el VI Coloquio del Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer. México, El Colegio de México (mimeo).

Gysling, J., 1994. Salud y derechos reproductivos: conceptos en construcción, en T. Valdés y M. Busto (eds.), *Sexualidad y reproducción: hacia la construcción de derechos*. Santiago de Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 13-26.

Haces, Á., 2002. *Maternidades y paternidades en Valle de Chalco: una aproximación antropológica*, tesis de maestría en Antropología Social. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Hartmann, B., 1987. *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*. Nueva York, Harper and Row.

Herrera, P., 1999. La masculinización de los cuerpos, *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad* **III** (8): 13-15.



INEGI, 1998. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. México.
Jasis, M. (coord.), 2006. *Serpientes y escaleras. Las mujeres mexicanas y las metas del milenio*. México, Centro Mujeres.
Jiménez, L., 2003. *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
Jusidman, C., 1999. La experiencia de la participación de México en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Pekín, en B. García (ed.), *Mujer, género y población en México*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 483-544.
Kaufman, M., 1994. Men, feminism, and men's contradictory experiences of power, en H. Brod y M. Kaufman (eds.), *Theorizing Masculinities*. Thousand Oaks, Sage Publications, pp. 142-163.
Keijzer, B. de, 1999. Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad, en B. Figueroa (coord.), *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 307-318.
Lagarde, M., 1990. *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, UNAM.
Lamas, M., 1993. La lucha por los derechos reproductivos, *Fem* **17** (122): 14-15.
León, M. (ed.), 1999. *Derechos sexuales y reproductivos. Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*. Quito, Instituto de Estudios Ecuatorianos.
Lerner, S. (ed.), 1998. *Sexualidad, reproducción y varones*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.
Lerner, S., e I. Szasz (coords.), 2008. *Salud reproductiva y condiciones de vida*, 2 vols. México, El Colegio de México.
Martínez Manautou, J., 1982. *La revolución demográfica en México*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
Miró, C., 1982. Los derechos humanos y las políticas de población, en *Segunda Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 779-783.
Muñoz, M. (coord.), 2001. *Los derechos sexuales y reproductivos en la nueva constitución venezolana. Testimonios de un debate*. Caracas, Red de Población y Desarrollo Sustentable-Fondo de Población de las Naciones Unidas.
Naciones Unidas, 1996. *Derechos reproductivos y salud reproductiva: informe conciso*. Nueva York, Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, ST/ESA/SER.A/157.
Olavarría, J., 2005. La crisis de la masculinidad, ponencia presentada en la IV Semana Cultural de la Diversidad Sexual. México, ENAH, INAH-Museo Nacional de Antropología (mimeo).
Ortiz Ortega, A., M. Rivas y N. Franco, 2003. Masculinidades y poderes, ponencia



presentada en el VI Coloquio del Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer. México, El Colegio de México (mimeo).

Palma, Y., J.G. Figueroa, A. Cervantes y C. Echarri, 1989. *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*. Maryland, Secretaría de Salud-Institute for Resource Development Inc.

Palma, Y., J.G. Figueroa y A. Cervantes, 1990. Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México, *Revista Mexicana de Sociología* **LII** (1): 51-81.

Palma, Y., y W. Vivas, 1997. *Preferencias reproductivas y valoración de los hijos*. México, Documentos de Pathfinder (Ejes Temáticos, 1).

Palma, Y. y C. Echarri, 1998. La vinculación entre la fecundidad y la práctica anticonceptiva al inicio de la década de los noventa, en H. Hernández y C. Menkes (eds.), *La población en México al final del siglo XX*. México, UNAM-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 129-150.

Petchesky, R., 1995. From population control to reproductive rights: Feminist fault lines, *Reproductive Health Matters* **6**: 152-161.

Petchesky, R., y K. Judd (eds.), 1998. *Negotiating Reproductive Rights. Women's Perspectives Across Countries and Cultures*. Nueva York, International Reproductive Rights Research Action Group-Zed Books.

Rubin, G., 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo, *Nueva Antropología* **8** (30): 95-145.

Salas, M., 2001. *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*. México, Salud Integral para la Mujer-Plaza y Valdés.

Sayavedra, G., y E. Flores (coords.), 1997. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermedad al poderío y la salud*. México, Red de Mujeres, A.C.

Secretaría de Salud, 1995. *Programa nacional de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*. México.

Shepard, B., 1996. La masculinidad y el rol masculino en la salud sexual, en *Salud reproductiva: nuevos desafíos*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, pp. 73-86.

Tena, O., y L. Jiménez, 2003. Algunos malestares reproductivos en la experiencia de los varones: ¿podemos ir delimitando sus derechos reproductivos?, ponencia presentada en la VII Reunión de Investigación Demográfica en México. Guadalajara, Sociedad Mexicana de Demografía (mimeo).

Torres, L., 2002. *Ejercicio de la paternidad en la crianza de hijos e hijas*, tesis de doctorado en Sociología. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

Tuirán, R., 1988. Sociedad disciplinaria y anticoncepción, en Dirección General de Planificación Familiar, *Memorias de la Reunión de Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación en México*. México, Secretaría de Salud, pp. 45-58.

Tuirán, R., 1994. Satisfacción e insatisfacción con la esterilización femenina, en *Memorias de la IV Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México*. México, Sociedad Mexicana de Demografía **I**: 119-140.



Tuirán, R., y G. Pérez Palacios, 1997. ¿Algo anda mal en planificación familiar?, *Este País (Tendencias y Opiniones)* **81**: 46-53.

Valdés, T., y M. Busto (eds.), 1994. *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*. Santiago de Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Vázquez, R. (ed.), 2002. *Derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos*. Perú, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

Watkins, S.C., 1993. If all we knew about women was what we read in Demography, what would we know?, *Demography* **30** (4): 551-577.





EL COLEGIO
DE MÉXICO
70
AÑOS
1940-2010

9
HOMBRES Y REPRODUCCIÓN

*Olga Rojas**

CONTENIDO

Introducción 292
El sentido que los varones otorgan a su reproducción, a la paternidad y a los hijos 294
La reproducción como una prueba de virilidad y la importancia de procrear un varón, 296; La reproducción como el referente que otorga sentido al papel de los varones como proveedores de sus hogares, 300; Los hijos ya no son más un seguro ante la enfermedad y vejez de los padres, 303
Cambios en las preferencias reproductivas masculinas y resistencias frente a la anticoncepción 307
El deseo de procrear descendencias de menor tamaño, pero con ritmos y valoraciones diferentes, 309; Las diversas motivaciones y valoraciones detrás de la escasa práctica anticonceptiva masculina, 313
Perspectiva y propuestas de políticas públicas 317
Referencias 320

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*olrojas@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

El significativo descenso de la fecundidad constituye una de las transformaciones demográficas más relevantes registradas en México durante los últimos 30 años. Conviene recordar que los niveles de la fecundidad en el país durante la primera mitad del siglo XX se mantuvieron altos, de hecho el nivel máximo de 7.2 hijos por mujer se alcanzó durante la primera mitad de los años sesenta, justo antes de que se iniciara su descenso. Recientemente, los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 2006 permiten constatar que la fecundidad se redujo de 2.7 hijos en 2000 a 2.2 hijos por mujer en 2006, lo que constituye un nivel muy cercano al del reemplazo generacional. Gran parte de esta reducción en el número de hijos se atribuye al uso de métodos anticonceptivos modernos que han permitido espaciar y limitar la descendencia (Conapo, 2006).

Desde las instancias gubernamentales se señala con optimismo que este resultado es producto del sostenido avance en la cobertura de los programas de planificación familiar, a partir del cual la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos entre la población femenina unida en edad fértil se ha incrementado de 68.4% en 1997 a 70.9% en 2006. Este ascenso en la utilización de anticonceptivos femeninos se debe al aumento en el uso de métodos considerados modernos —tales como la esterilización femenina (oclusión tubaria bilateral, OTB), el dispositivo intrauterino (DIU), pastillas, inyecciones e implantes subdérmicos y locales—, que pasó de 59.5% en 1997 a 66.1% en 2006 (Conapo, 2006).

Cabe destacar que mientras que desde 1987 la esterilización femenina se ha constituido en el primer método anticonceptivo empleado por las parejas mexicanas para controlar su fecundidad,[1] en estas mismas instancias se comenta que en la actualidad no existen métodos anticonceptivos reversibles y de larga acción que sean efectivos, seguros y "aceptables" para el varón. Esta situación, aunada al predominio de las estrategias de promoción dirigidas a la mujer, explica en parte el bajo peso que tienen el preservativo o condón y la vasectomía en la estructura de uso de anticonceptivos, apenas de 5.5 y 1.8%, respectivamente. Se establece que a pesar de que se ha constatado recientemente un ligero incremento en la utilización de métodos de uso o participación masculina —especialmente en el

[1] De hecho, en 1997 este método era utilizado por 44.7% del total de mujeres usuarias de algún método anticonceptivo (Conapo, 2000).



medio urbano y por un mayor uso del condón entre las generaciones más jóvenes— su participación no supera 20% del uso total de anticonceptivos. En tanto, los métodos denominados tradicionales (en los que existe participación de los varones), como el ritmo y el retiro o coito interrumpido, disminuyeron su prevalencia de 8.9 a 4.8% en el mismo periodo (Conapo, 2004 y 2006).

Todo ello se concibe como un logro en términos del aumento en la efectividad y cobertura de la moderna anticoncepción en el país, señalándose, sin embargo, que los retos en esta materia están ahora en la atención a la "demanda insatisfecha" de planificación familiar entre la población femenina de zonas rurales e indígenas y sin escolaridad, minimizando una cuestión que ha quedado pendiente: la incorporación real y cotidiana de los varones como usuarios en la práctica anticonceptiva.

Además de esta visión, un tanto parcial y superficial de los órganos gubernamentales respecto de los cambios en la fecundidad y su regulación en las parejas mexicanas, existen propuestas de investigación provenientes de la antropología y la sociodemografía que han generado importantes resultados en torno a las transformaciones en las concepciones sobre los hijos y la maternidad/paternidad registradas en los últimos tiempos entre la población mexicana.

En este trabajo partimos de la consideración de que los cambios en las decisiones reproductivas de las personas tienen un referente en las modificaciones, en las valoraciones sobre los hijos y la maternidad/paternidad, que a su vez están sustentadas en las transformaciones de las condiciones sociales y económicas en las que se desarrolla la vida de las familias (Lerner y Quesnel, 1994).

Es nuestro interés incorporar esta perspectiva para analizar el papel que los varones mexicanos han tenido en este proceso de reducción de la fecundidad durante los tres últimos decenios del siglo pasado. Para ello revisamos a lo largo de todo el trabajo los principales hallazgos reportados por diversas investigaciones antropológicas y sociodemográficas que han estudiado de manera particular dimensiones sociales, culturales y simbólicas relacionadas con los cambios y las persistencias en algunas valoraciones y prácticas masculinas con respecto a los hijos, la reproducción y la anticoncepción. En el análisis de algunas de las dimensiones seleccionadas para su estudio, combinamos este interesante y abundante material de tipo cualitativo con la revisión de algunos resultados estadísticos obtenidos a partir de dos encuestas mexicanas de alcance nacional: la Encuesta de Salud Reproductiva con Población



Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1998 (Ensar-IMSS) y la Encuesta Demográfica Retrospectiva Nacional de 1998 (Eder).

Al respecto, conviene tener presente que el análisis cualitativo empleado en los estudios antropológicos y sociodemográficos que hemos revisado se aplica a muestras intencionales de poblaciones específicas y sus resultados están orientados a la comprensión del sentido que los actores sociales atribuyen a sus acciones. De tal suerte que si bien sus hallazgos no pueden generalizarse en términos numéricos a la sociedad mexicana en general —como lo permiten las investigaciones cuantitativas basadas en encuestas—, sí posibilitan llevar a cabo generalizaciones teóricas al aportar indicios sobre las valoraciones y prácticas masculinas en torno a la reproducción y la anticoncepción.

La primera parte de este trabajo da cuenta particularmente de los resultados de investigación relacionados con las valoraciones masculinas prevalecientes en torno a la reproducción, la paternidad y los hijos, en tanto que la segunda parte se enfoca en el análisis de las transformaciones en las preferencias reproductivas masculinas y de la participación de los varones mexicanos en la regulación de la fecundidad. Finalmente, en el tercer apartado se plantean algunas reflexiones y propuestas orientadas a fomentar una mayor participación y responsabilidad de los hombres mexicanos en la regulación de su fecundidad, mediante el uso de métodos anticonceptivos que actúen en sus propios cuerpos. Lo que aparece de manera recurrente en los resultados de las investigaciones sobre los que reflexionamos en este trabajo, es que los varones han cambiado en algunas valoraciones sobre sus descendencias y su paternidad, no así en sus percepciones y prácticas en torno a la anticoncepción.

EL SENTIDO QUE LOS VARONES OTORGAN A SU REPRODUCCIÓN, A LA PATERNIDAD Y A LOS HIJOS

Son relativamente pocas las investigaciones sociodemográficas que han incursionado en el estudio de las actitudes masculinas sobre la reproducción para descubrir la existencia de elementos más profundos, en el mundo de las motivaciones, que permitan comprender las creencias y las prácticas relacionadas con los cambios en la fecundidad de las parejas.[2]

[2] Destacan en este esfuerzo los estudios de Stycos (1958) en Puerto Rico, de Caldwell (1982) en África y la India, y de Lerner y Quesnel (1994) en el campo mexicano.



Esfuerzos de investigación microdemográfica aplicados al estudio del cambio en la fecundidad ocurrido en contextos rurales mexicanos a principios de los años noventa, han concluido —en concordancia con Caldwell (1982) y Caldwell, Reddy y Caldwell (1982) sobre los cambios en el sentido de los flujos intergeneracionales de riqueza— que para comprender las modificaciones en las decisiones reproductivas de las personas no basta con imputarle a la extensión de la práctica anticonceptiva el descenso en la fecundidad. Antes bien, se plantea la necesidad de considerar las transformaciones ocurridas en la economía nacional y en las prácticas habituales de las unidades domésticas en su organización y reproducción, además de la influencia de factores culturales, ideológicos e institucionales. Así, en un contexto de adversidad para la economía campesina mexicana, la menor participación directa de la mano de obra familiar en la producción agrícola y la mayor valorización de la educación de los hijos conducen a modificaciones en el significado y valorización de una descendencia numerosa entre las parejas campesinas (Lerner y Quesnel, 1994).

En este contexto se dan entonces las condiciones materiales e ideológicas para modificar la práctica reproductiva, en el cual puede entonces analizarse la intervención del Estado y sus instituciones de salud, no sólo en las decisiones reproductivas y de anticoncepción, sino también como ámbito de socialización y difusión de normas y hábitos de procreación (Lerner, Quesnel y Yanes, 1994).

México, al igual que los países del resto de la región latinoamericana, durante las últimas décadas ha sido testigo de importantes transformaciones económicas y sociales que se han traducido en el aumento significativo de la participación económica de las mujeres —en especial de las unidas—, además de la creciente precarización del empleo masculino, así como de un aumento paulatino de las separaciones y divorcios, de los hogares monoparentales y de aquellos encabezados por mujeres (Oliveira, 1994 y 1998; Salles y Tuirán, 1996; García y Oliveira, 1994 y 2006; Wainerman, 2002).

Estas modificaciones, que han afectado de manera significativa la estructura y funcionamiento de las familias mexicanas, están propiciando entre la población femenina y masculina un proceso de reformulación de las valoraciones sobre los hijos, que se ha reflejado en la emergencia de nuevas preferencias reproductivas. Actualmente se prefiere tener pocos hijos pero con un buen nivel de escolaridad, al menos de secundaria entre la población de sectores populares urbanos y del ámbito rural, y universitaria entre los sectores sociales más acomodados de la sociedad mexicana (Rojas, 2008).



En este apartado analizamos tres dimensiones de las valoraciones masculinas en torno a la reproducción. Revisamos en un primer momento, la importancia asignada a la reproducción y la paternidad como muestras de virilidad y autoestima entre los varones —considerando la vigencia del deseo de procrear al menos un hijo varón—; continuamos con el análisis de la valoración de los hijos como un elemento que posibilita a los varones asumir la responsabilidad de la proveeduría en sus hogares y, por tanto, un papel preponderante en la toma de decisiones familiares. Finalmente, abordamos la cada vez menos prevaleciente idea de que los hijos constituyen una ayuda durante la vejez y enfermedad de sus padres.

La reproducción como una prueba de virilidad y la importancia de procrear un varón

Investigaciones antropológicas recientes —realizadas entre ciertos sectores poblacionales urbanos empobrecidos— han encontrado que para los varones entrevistados, los hijos son condición para adquirir madurez e incluso hombría, pues al constituirse como "ser para otros" y al asumir una responsabilidad por la manutención de los hijos se encuentra la posibilidad de ser adulto y masculino socialmente. La descendencia para estos hombres significa trascendencia y el afianzamiento de la identidad como hombres y como adultos (Módena y Mendoza, 2001). Tener hijos para ellos es considerado lo más natural y maravilloso del mundo después del matrimonio, porque significa demostrar sus habilidades procreadoras al probar su virilidad y porque se tiene el placer de su compañía (Gutmann, 1996).

Sin embargo, también se ha detectado —en coincidencia con lo reportado por Stycos (1958) en los años cincuenta con respecto a Puerto Rico—[3] que para algunos hombres mexicanos de ámbitos rurales y urbanos la valoración de la paternidad, en tanto demostración de virilidad y transición obli-

[3] Al indagar sobre el valor que las parejas asignaban a sus hijos y la influencia que estas valoraciones hubieran tenido en sus decisiones reproductivas, encontró que si bien los varones —sobre todo de sectores rurales y pobres— señalaron que necesitaban demostrar su virilidad y hombría al hacer todo lo posible por tener a su primer hijo —preferentemente varón— lo más pronto posible después de realizado el matrimonio, la demostración de su "machismo" ya no pasaba por tener el mayor número de hijos (Stycos, 1958).



gada hacia la adultez, ya no se sustenta en la procreación de descendencias numerosas (Gutmann, 1993 y 1996; Lerner y Quesnel, 1994; Lerner, Quesnel y Yanes, 1994; Vivas, 1993; Nava, 1996, Hernández Rosete, 1996).

Ahora bien, si la hombría ya no se demuestra entre algunos varones mexicanos con la procreación de proles numerosas, hay evidencias de que se da prueba de ella fecundando al primer hijo inmediatamente después de realizada la unión matrimonial. Esto es particularmente frecuente en ámbitos rurales e indígenas, así como entre la población de estratos socioeconómicos bajos de contextos urbanos. En el estudio de Rojas y Figueroa (2003), basado en resultados estadísticos de la Ensar-IMSS-98,[4] se constata que entre la población masculina derechohabiente del IMSS existen patrones reproductivos claramente diferenciados por estrato socioeconómico. Los derechohabientes de estrato bajo se caracterizan por tener edades tempranas a la unión —en promedio a los 23 años— y al nacimiento de su primer hijo —antes de los 25 años—, lo que puede ser indicativo de que entre ellos existe una mayor propensión a hacer coincidir el inicio de la vida conyugal con el inicio de la procreación. En cambio, los derechohabientes de estrato medio se destacan por llevar a cabo de manera más pausada las transiciones vitales propias de la etapa adulta. Es decir, después de haber iniciado su actividad sexual dejan pasar en promedio siete años antes de unirse, ya que lo hacen casi a los 25 años. Además, prefieren esperar algún tiempo después de haberse unido para concebir a su primer hijo.

Al respecto, es importante señalar que en contextos rurales y populares urbanos se aprecia la existencia de una cierta presión del grupo de pares para que los varones recién unidos den muestras de virilidad al procrear inmediatamente después de consumar la unión matrimonial. Para estos varones, de acuerdo con testimonios recogidos en investigaciones de corte cualitativo, la procreación es un resultado lógico —casi natural— de haberse casado, de tal suerte que se tiene al primer hijo durante el primer o segundo año de matrimonio. La planeación de la llegada de su primer hijo no

[4] La Ensar-IMSS-de 1998 fue aplicada en todo el país en hogares de personas derechohabientes del IMSS, los cuales son predominantemente urbanos. La realización de esta encuesta incluyó un cuestionario de hogar (cuya muestra estuvo conformada por 4 569 hogares), otro para las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años (cuya muestra fue de 5 405 mujeres) y otro muy similar para la población masculina de 12 a 59 años (con una muestra constituida por 2 992 varones). Sus resultados sólo pueden generalizarse para la población derechohabiente del IMSS.



forma parte de sus reflexiones ni de sus consideraciones para conversarlo con sus compañeras (Bellato, 2001; Rojas, 2002).

Sin embargo, este mandato para procrear pronto a sus descendencias obedece no sólo a la presión sentida por los varones, también hay consideraciones de orden temporal. En efecto, algunos varones de ámbitos rurales y empobrecidos urbanos señalan que no pueden retardar la edad de la unión y procreación de sus hijos por el desgaste físico que implica su trabajo. Para ellos es necesario empezar a tener hijos pronto para asegurarse de que terminarán de criarlos a una edad en la que todavía estarán activos laboralmente y, por tanto, podrán sostenerlos económicamente (Bellato, 2001).

Por lo que hace a la preferencia por procrear al menos un hijo varón (y de preferencia el primogénito), se han encontrado en el país indicios —muy semejantes a los de Stycos (1958) para los varones puertorriqueños y a los de Caldwell (1982) respecto de los linajes africanos— de que para los varones mexicanos reproducirse en un hijo varón adquiere relevancia porque de esa manera se asegura que el apellido del padre (o nombre de la familia) sobreviva y tenga la posibilidad de perpetuarse a través del tiempo y de las futuras generaciones. Hay que agregar que en algunos contextos indígenas, rurales y populares urbanos, los hijos varones todavía son más valorados que las mujeres en términos económicos porque pueden ayudar a aportar parte del sustento familiar y asumir la autoridad en la familia en ausencia del padre, debido a que se considera que tienen más carácter y pueden cuidar a su madre y hermanas. A ello se agregan las consideraciones de que los hijos varones sufren menos que las mujeres y que ellas requieren de más cuidados (Castro y Miranda, 1998; Bellato, 2001; Módena y Mendoza, 2001; Rojas, 2006a; Haces, 2006).

En México este deseo masculino por encontrar en la descendencia un "reemplazo" tiene profundas raíces culturales. Hallazgos de investigación antropológica señalan que en los pueblos indios de México la preferencia de los hombres por los hijos varones pareciera ser generalizada. Las razones son múltiples, desde la ayuda económica que los hijos hombres representan para sus padres al aportar parte del sustento familiar, hasta la vigencia de las reglas de herencia y de tenencia de la tierra que excluye a las mujeres, pasando por la trascendental importancia adjudicada a la perpetuación del "nombre" de la familia (del padre) en los sistemas patrilineales y con residencia patrilocal (Ruz, 1998).

En un sistema de parentesco patrilineal haber procreado solamente hijas significa culturalmente: la desaparición de aquella rama del linaje de la cual un hombre es social e ideológicamente responsable, no sólo la ausencia



de aceptación comunal sino el rechazo y la estigmatización social para hombres y mujeres, la pérdida de la posibilidad de una vida ultraterrena tranquila sin culto a la memoria de los fundadores del sublinaje (Ruz, 1998).[5]

En culturas como la tzotzil de Chamula, Chiapas, se ha observado que las relaciones conyugales mejoran notablemente cuando nace un hombre, siendo en cambio común observar alcoholismo masculino y maltrato feroz contra las madres cuando sólo se tienen hijas, pues el hombre desprovisto de un heredero, se verá privado de su "reposición" (*keshol*) (Pozas, 1977; Freyermuth, 2003).

En el ámbito urbano mexicano también se han encontrado evidencias de una preferencia masculina por tener al menos un hijo varón. Las razones señaladas por diversos hombres, particularmente de sectores populares, tienen que ver con el deseo de perpetuar el apellido paterno, con el orgullo y la satisfacción de hacerse acompañar por los hijos varones cuando se está con los amigos (pares), cuando se acude a los partidos de futbol o basquetbol que disputan con sus amigos durante los fines de semana, o cuando se acude al trabajo. Todo ello implica también una preferencia por establecer un vínculo más cercano con los hijos hombres, pues su labor formativa como padres está estrechamente ligada a las enseñanzas necesarias para llegar a ser un buen proveedor. En este proceso los padres pueden contar eventualmente con el apoyo de sus hijos para complementar el sustento familiar, debido a la precaria situación de sus hogares. Estos mismos varones opinan que, en tanto hombres, no pueden relacionarse de manera cercana con sus hijas porque no pueden salir con ellas cuando visitan a sus amigos ni pueden participar directamente en su formación y crianza, pues las niñas han de permanecer al lado de su madre, quien tiene mayor responsabilidad en esta materia (Rojas, 2006a; Haces, 2006; Salguero, 2006).

Contrasta esta postura con la de algunos varones jóvenes de sectores medios urbanos, quienes han expresado que si bien perpetuar el apellido paterno es importante, así como verse reflejados en otra persona a la que se pueden transmitir sus experiencias como hombre, también señalan que han logrado establecer una relación de mucha cercanía física y emocional con sus hijos e hijas. De hecho, estos hombres se muestran muy partici-

[5] Ello puede contribuir a explicar por qué entre los chamulas se considera que todos los hijos, en principio, son hombres, pero un descuido de la mujer embarazada puede cambiar el sexo del producto, lo cual la expone a ser rechazada y suplantada, pues arriesga la continuidad del grupo (Ruz, 1998).



pativos e involucrados tanto en la crianza como en la formación y educación de sus hijos, independientemente de su sexo. Están particularmente interesados en enseñar a sus hijos e hijas ciertos principios morales que consideran básicos y en estimular su aprendizaje, enseñándoles a dibujar, a leer y a realizar operaciones aritméticas. Estos padres no están interesados en obtener apoyo económico de sus hijos varones (Rojas, 2006a; Haces, 2006).

La reproducción como el referente que otorga sentido al papel de los varones como proveedores de sus hogares

Recientes estudios de tipo cualitativo en torno a la paternidad en el país coinciden en señalar que para los varones entrevistados ser padre significa un cambio fundamental en sus vidas, puesto que les confiere un valor especial y les permite acceder a otro estatus social. Esta nueva posición social se adquiere no solamente al procrear hijos, sino sobre todo al tener la capacidad para proveerles el sustento material. Los hijos, al parecer, son una marca de distinción en las relaciones entre los varones, pues un hombre debe ser capaz de responsabilizarse de sus hijos, hecho que marca la diferencia que separa y jerarquiza a los varones.[6] La paternidad[7] sirve para

[6] Los estudios recientes en torno a las identidades masculinas en América Latina dan cuenta de la existencia de una forma de ser hombre que se ha constituido en el referente y la norma de lo que debe ser un varón. De acuerdo con este modelo de masculinidad dominante, los hombres adultos se caracterizan, entre otras cosas, porque trabajan de manera remunerada, constituyen una familia, tienen hijos, son la autoridad y los proveedores del hogar. La paternidad —en el sentido de concebir y engendrar hijos— es uno de los pasos fundamentales del tránsito de la juventud a la adultez, un desafío que ha de superarse. El padre es una persona importante, pues es el jefe o cabeza de la familia y su trabajo le permite ser proveedor, asegurando con ello su papel como máxima autoridad en el ámbito doméstico. Así, la paternidad y el trabajo son elementos constitutivos y fundamentales del modelo de masculinidad dominante que dan sentido a la existencia vital y cotidiana de los hombres (Olavarría, 2002).

[7] Que encuentra su correlato en la alta valoración otorgada a la maternidad entre las mujeres mexicanas, no sólo por el tiempo que a ella dedican durante sus vidas, sino sobre todo por el sentido que adquiere para su existencia (Lerner y Quesnel, 1994; Nájera *et al*., 1998; Núñez, 2000). Todavía prevalece en gran parte de la población mexicana —sobre todo entre las generaciones de mayor edad— la idea de que los hijos son lo más importante en la vida de las mujeres (López y Salles, 2006).



comprobar de manera física y moral los atributos masculinos, pues se constituye en una vía para hacerse personas responsables, lo que da sentido a la vida adulta de los varones. La llegada de los hijos constituye un motivo de mucha felicidad para los varones entrevistados, puesto que sus vidas —personal y conyugal—, así como su actividad laboral adquieren sentido (Bellato, 2001; Módena y Mendoza, 2001; Rojas, 2006b).

Los indicios de las investigaciones revisadas señalan que ser padre es motivo de orgullo ante los pares y también finalidad del matrimonio, ya que si no se procrean hijos el objetivo de la unión conyugal carece de sentido, pues la descendencia es un complemento fundamental de la pareja que afianza los vínculos conyugales. Para los hombres entrevistados —sin distingo generacional o social— la pareja conyugal implica descendencia, es decir, constituir un matrimonio y no procrear hijos es considerado un absurdo. Puede decirse que el matrimonio y los hijos, es decir, la familia constituye un deber ser en el cual ubican trascendencia, obligación, responsabilidad, racionalidad, adultez y su propia realización (Módena y Mendoza, 2001; Rojas, 2002).

Sin embargo, cabe destacar que los hijos también pueden constituirse en terreno de competencias de autoridad y afectos entre los cónyuges, lugar de manipulación donde uno busca retener y controlar al otro: retener a la mujer en casa y retener al varón en la relación conyugal (Bellato, 2001; Módena y Mendoza, 2001; López y Salles, 2006).

La paternidad para los hombres entrevistados significa fundamentalmente asumir la obligación de conformar un hogar que depende de ellos y cumplir cabalmente con la responsabilidad de asegurar el bienestar material familiar y un buen nivel educativo para los hijos. Por ello asignan mayor importancia a sus obligaciones laborales y al tiempo de trabajo que a su vida familiar y a la atención que sus hijos necesitan. Esta valoración masculina de los hijos en términos económicos y de la paternidad en términos de la manutención del hogar está muy relacionada con una actitud propensa a mantener vigente una división tradicional del trabajo en casa. La figura paterna todavía está estrechamente vinculada con la aportación del sustento material de la familia, mientras que la figura materna a la crianza y atención de los hijos, así como al cuidado de la casa. Las características que asume esta forma de paternidad refuerza el papel de dirección y decisión de los varones como jefes de sus hogares, lo cual revela la persistencia en el país de la centralización del poder familiar en la figura del padre (Rojas, 2006b).



El hombre como padre es autoridad y esta condición tiene su origen en la imagen masculina, pues se reconoce la autoridad del padre porque provee, en tanto que la familia significa un espacio de dominación además de ser una forma de trascendencia o continuidad biológica y espiritual (Bellato, 2001).

Sin embargo, las transformaciones económicas y sociales ocurridas en el país, relacionadas con la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los avances en los niveles educativos de la población y el aumento de la precarización laboral entre la población masculina —sobre todo de sectores populares urbanos—, están contribuyendo a reestructurar los arreglos laborales de los hogares y a modificar los roles desempeñados tradicionalmente por hombres y mujeres (García, 1994; Oliveira, 1994 y 1998; García y Oliveira, 1994 y 2006).

Estos procesos están contribuyendo a cuestionar el papel de los varones como proveedores únicos en las familias y la centralidad del poder y la autoridad en la figura del jefe del hogar, lo que redunda en un debilitamiento de la imagen paterna como modelo para las nuevas generaciones (Kaztman, 1991).[8]

A ello debe agregarse que hoy día entre los hombres mexicanos —de generaciones más jóvenes, sobre todo— parece prevalecer la idea de que un proveedor responsable rechaza una fecundidad elevada por considerarla demostración de irresponsabilidad y no de virilidad. Un hombre que tiene muchos hijos es un hombre ignorante y machista, además de irresponsable, porque no cumple adecuadamente su papel de proveedor; en cambio, un hombre de verdad —en palabras de los varones entrevistados— se caracteriza por ser responsable en su hogar y con los hijos que pueda mantener, lo cual es indicativo de que la transición de la fecundidad en el país se está reflejando no solamente en la reducción del tamaño de las familias mexicanas, sino posiblemente también en una nueva normatividad social de la masculinidad (Gutmann, 1993 y 1996; Fernández-Cerdeño, 2006).

[8] Se ha señalado incluso que este deterioro de las funciones masculinas en sus hogares podría explicar la apatía, el retraimiento, la pérdida de confianza en la propia capacidad para asumir las obligaciones de esposo y padre, e incluso el comportamiento "irresponsable" de algunos hombres de sectores populares urbanos (Kaztman, 1991). En reportes periodísticos recientes en el país se señala con preocupación que el desempleo está afectando la autoestima y seguridad de los hombres mexicanos, produciéndoles angustia, frustración, enojo e incluso depresión, debido a que ya no pueden cumplir con la función social de proveedores que tenían (Montalvo, 2008).



Por otro lado, si bien las investigaciones en el país aportan elementos para señalar que ser proveedor sigue siendo una dimensión fundamental de la paternidad y de la identidad masculinas, a partir de la cual se estructura en buena medida la vida cotidiana de los varones, hay indicios de que entre las generaciones más jóvenes —sobre todo de sectores medios urbanos— está ocurriendo cierta flexibilización y ampliación del papel de padre más allá del desempeño como proveedor, pues se detectan entre ellos signos de un mayor nivel de involucramiento en la crianza y el cuidado de sus hijos, así como el establecimiento de relaciones más cercanas física y afectuosamente con sus pequeños por medio del juego. Estos varones señalan que valoran a sus hijos no solamente en términos de los costos que implica su manutención y educación, sino fundamentalmente del tiempo, afecto y atención que desean brindarles (Vivas, 1993; Gutmann, 1996; García y Oliveira, 2006; Rojas, 2008).

Estas transformaciones nos llevan a valorar lo señalado por Gutmann (1993 y 1996), con respecto a que la transición de la fecundidad mexicana está relacionada con los significados y las prácticas de la maternidad y de la paternidad, así como con las identidades de género. De tal suerte que los cambios relacionados con las mujeres, y que se hacen explícitos en más bajas tasas de natalidad, están implicando necesariamente reevaluaciones y cambios entre los varones sobre su descendencia y la paternidad.

Los hijos ya no son más un seguro ante la enfermedad y vejez de los padres

En los años ochenta, Caldwell (1982) puso en marcha un acercamiento novedoso en la investigación demográfica sobre las resistencias culturales al cambio de la fecundidad. Este tipo de investigación recibió el nombre de "microdemografía", con el que se buscó comprender los procesos de toma de decisiones en torno a la reproducción en contextos en los que la fecundidad se mantenía elevada. Para este investigador es necesario estudiar detenidamente el funcionamiento económico y social de la dinámica familiar, puesto que son las relaciones familiares (de producción y de reproducción) las que determinan finalmente los procesos de toma de decisiones demográficas. En el particular contexto africano, descubrió que ciertos miembros de la familia disfrutan de diferentes ventajas (sociales y materiales), de acuerdo con su posición en la estructura familiar. La dirección y la magni-



tud de los flujos intergeneracionales de riqueza determinan quiénes son los depositarios de las ventajas materiales. Por lo general, se trata de los miembros de las generaciones más antiguas y de los varones quienes detentan ventajas materiales al controlar el acceso a servicios y el trabajo de los demás. Este poder económico les confiere el derecho a decidir sobre el matrimonio de los hijos, la edad a la que debe ocurrir, si la fecundidad puede o no ser controlada, e influyen incluso en el nivel de la actividad sexual de las parejas jóvenes.

Este régimen podría peligrar si se limitara la fecundidad (con familias más pequeñas), pues la base de la pirámide poblacional familiar se estrecharía. En este contexto africano, el papel de los hijos es fundamental, puesto que realizan desde pequeños buena parte del trabajo de sus padres. Para el jefe de familia una descendencia numerosa facilita la división del trabajo, la especialización y la posibilidad de utilizar la migración de algunos hijos para conseguir recursos. Significa también la posibilidad de incrementar su prestigio y el poder político de su familia. Asegura la sobrevivencia de su linaje —y por tanto, del nombre de la familia—, así como la responsabilidad de los jóvenes sucesores respecto de las contribuciones familiares en las festividades de la comunidad y de las ceremonias familiares, tales como los matrimonios, los funerales y el nacimiento de nuevos miembros de la familia. Pero lo más importante es que los hijos serán los encargados del cuidado de sus padres cuando sean viejos. Todo ello siempre y cuando se mantenga la dirección de los flujos intergeneracionales de riqueza, en donde el flujo neto es de los hijos hacia los padres (Caldwell, 1982).

La transformación de este régimen económico y demográfico sólo puede ocurrir cuando el sentido de los flujos intergeneracionales de riqueza se invierte y el flujo neto va de los padres hacia los hijos, con lo cual una elevada fecundidad no resulta conveniente. Éste es el caso de algunos países, como la India, en donde profundos cambios sociales y económicos han tenido un impacto determinante en las relaciones familiares y en su régimen demográfico. Estos cambios están relacionados con la creciente urbanización y monetización de la economía, el aumento en el costo que conllevan los hijos, la elevación del nivel educativo y su masificación, así como la cesión de las generaciones mayores en favor de los jóvenes de ciertos espacios de poder en la toma de decisiones que atañen a la pareja de casados, como la reproducción. En este nuevo contexto, la disyuntiva que enfrentan los padres, particularmente en el sur de la India, se caracteriza por



elegir entre tener un número ilimitado de hijos con bajo nivel educativo o tener un número limitado de hijos con un alto nivel educativo y amplias posibilidades de conseguir un buen empleo en el ámbito urbano (Caldwell, Reddy y Caldwell, 1982).[9]

Como hemos señalado antes, el acercamiento microdemográfico fue impulsado en el país por Lerner y Quesnel (1994) para entender los cambios en la fecundidad de las parejas campesinas. Estos investigadores observaron que las transformaciones ocurridas en la economía nacional habían modificado de manera significativa las prácticas habituales de la organización doméstica campesina, puesto que la integración de un número cada vez mayor de miembros de la familia a nuevos espacios de socialización en otros ámbitos había propiciado una redefinición del involucramiento personal y de los papeles en la reproducción familiar mediante la diversificación de trayectorias personales. En efecto, la menor participación directa de la mano de obra familiar en la producción agrícola tiene dos consecuencias relacionadas con el comportamiento reproductivo: la primera es la percepción de diferentes o nuevos costos en relación con los hijos —en materia de educación y crianza— y la segunda es el surgimiento de nuevas trayectorias al interior de la familia, puesto que los hijos varones dejan de contribuir en las actividades económicas de los padres para asistir a la escuela o para involucrarse en actividades económicas fuera de la unidad familiar, mientras que las hijas en edades jóvenes continúan ayudando a las madres hasta el momento en que también se emplean en actividades externas o se casan, lo que conduce a la emergencia de ideales diferentes con respecto a la reproducción y al tamaño de la familia.

La mayor valorización de la educación de los hijos conduce a la familia a asumir nuevos y mayores costos, sin recibir los beneficios de la fuerza de trabajo de sus hijos, alterando así la representación valorativa de la pareja con respecto a los hijos en el corto plazo. Y en el largo plazo, pese a que persiste la expectativa de ayuda por parte de los hijos durante la vejez, ésta es cada vez menos importante entre los padres más pauperizados. Esta transición sustancial representa un momento de cambio y de incertidumbre, en cuanto al significado y valorización de una descendencia grande entre las

[9] Hallazgos muy semejantes ya habían sido señalados por Stycos (1958), con respecto a que algunos entrevistados puertorriqueños hacia finales de los años cincuenta manifestaban que los hijos ya no representaban para los padres una inversión, pues los cambios socioeconómicos ocurridos en ese país habían propiciado que las descendencias implicaran para sus padres más bien gastos para su manutención que sustento en la vejez.



parejas campesinas (Lerner y Quesnel, 1994; Zúñiga y Hernández, 1994; Núñez, 2000).

Las percepciones negativas prevalecientes entre el campesinado mexicano, con respecto a las condiciones socioeconómicas adversas que enfrentan para sobrevivir, aunadas al incremento en los costos de la crianza de sus hijos, encuentran su correlato en el número ideal de hijos, puesto que para los jefes de familia se constata una estrecha relación entre un número ideal de hijos menor y una actitud más favorable hacia las familias pequeñas, lo que resulta sorprendente ante el supuesto tradicionalismo de los hombres campesinos mexicanos en lo relativo al tamaño de familia. En cambio, para las mujeres esta situación resulta ambivalente dada la persistencia de una fuerte valorización femenina respecto de su maternidad y debido a la relación más afectiva que establecen con sus hijos (Lerner y Quesnel, 1994).

Así, en estas condiciones del campo mexicano parecen estar surgiendo nuevas representaciones en cuanto al tamaño de la procreación, ya que las parejas campesinas ya no consideran que una descendencia numerosa sea necesaria para la organización de la producción de sus unidades ni que la ayuda de los hijos en otras etapas de la vida sea un apoyo para su sobrevivencia (Lerner y Quesnel, 1994; Zúñiga y Hernández, 1994).[10]

Si ésta es la situación que priva actualmente en el ámbito rural mexicano, es de esperar que en las áreas urbanas las modificaciones en el valor que los hijos adquieren para sus padres se hayan exacerbado desde hace tiempo a raíz de los profundos procesos de urbanización, modernización e industrialización llevados a cabo desde mediados del siglo XX. Particularmente en la ciudad de México, se ha detectado a partir de los testimonios de diversos padres que el sentido de los flujos intergeneracionales de riqueza, de los que habla Caldwell (1982), está claramente definido en favor de los hijos, quienes son valorados por sus padres más en términos de carga o costos económicos que de beneficio, inversión o ayuda futura en la vejez. Los hijos para los varones entrevistados, particularmente de sectores populares,[11]

[10] Hay que señalar que si bien otros estudios realizados también en contextos rurales del país reportan que entre algunos varones los hijos todavía tienen importancia en términos de apoyo económico y material cuando son adultos, y sobre todo ante la enfermedad y la vejez, este apoyo está siendo fuertemente condicionado hoy día por los hijos en función del comportamiento que el padre tuvo durante la infancia de sus hijos (Bellato, 2001).

[11] Quienes están enfrentando actualmente tiempos difíciles debido a la precariedad en sus empleos.



implican la realización de un gran esfuerzo laboral —que obliga incluso a tener dos trabajos y laborar los fines de semana— y claras desventajas económicas.[12] Quizá lo que los padres obtengan de sus hijos hoy, en términos de logros o prestigio, lo constituya el hecho de tener menos hijos que antes pero con mejores condiciones materiales de vida y con un mayor nivel de escolaridad que el que ellos mismos alcanzaron (Rojas, 2008).

CAMBIOS EN LAS PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS MASCULINAS Y RESISTENCIAS FRENTE A LA ANTICONCEPCIÓN

Estudios antropológicos y sociodemográficos recientes que han indagado sobre las valoraciones masculinas asociadas a la reducción del tamaño de las descendencias dan cuenta de que las evidentes diferencias en el número de hijos tenidos entre las generaciones más jóvenes, en comparación con las de sus padres, se deben al uso generalizado de anticoncepción definitiva o temporal, a la pérdida de hegemonía del discurso eclesiástico con respecto a esta práctica, pero sobre todo están vinculadas a razones económicas, de búsqueda del bienestar familiar y de una estrategia de futuro ascenso social para los hijos —con independencia de su sexo—, fundamentada en el acceso a una escolarización media o superior (Bellato, 2001; Módena y Mendoza, 2001; Rojas, 2002).

A estas motivaciones para reducir el número de hijos tenidos ha de agregarse la importante transformación de la imagen paterna difundida actualmente en los medios masivos de comunicación. En diversas imágenes publicitarias, programas televisivos y radiofónicos, películas, revistas y aun en los periódicos, son evidentes en el país los pronunciamientos en favor de una nueva manera de ser padre. En diversas publicaciones[13] que circulan en las grandes ciudades del país y que están dirigidas principalmente al

[12] Hay, sin embargo, matices interesantes que destacar respecto de las percepciones masculinas en torno a sus descendencias, pues mientras las difíciles condiciones económicas y laborales que enfrentan hoy día los varones de sectores populares les llevan a considerar a sus hijos como fuertes cargas, por los altos costos que implica su manutención y escolarización, se ha detectado entre algunos padres de sectores medios que los hijos se aprecien en buena medida en términos de satisfacción y no tanto de costos económicos (Rojas, 2006b).

[13] Nos referimos a revistas como *Padres e Hijos, Kena, Men's Health en Español*, así como a los suplementos especiales del "Día del Padre" del periódico *Reforma*.



público de sectores medios, se ha venido promoviendo desde hace algunos años una actitud más participativa de los padres en la crianza y el desarrollo de sus hijos. Se busca estimular el establecimiento de una nueva relación paterna con los hijos, pues los varones han de intentar ser más amigos de sus hijos que padres estrictos y regañones (Castillo, 1998). Se propone que el vínculo del padre con los hijos se sustente en la comunicación y la amistad, y ya no en la distancia y la autoridad. Se afirma que atrás quedaron los tiempos en los que el cine mexicano reflejaba y promovía una imagen paterna —al estilo porfiriano— caracterizada por ser inflexible, dura, severa y autoritaria (Ramón, 1998).

Este cambio en el imaginario colectivo sobre la figura paterna es un factor que probablemente está trastocando las reflexiones y percepciones de las jóvenes generaciones de varones —sobre todo de sectores medios— acerca de su paternidad, reforzando en ellos el deseo de procrear descendencias de menor tamaño. De hecho, se ha detectado entre los varones de sectores medios entrevistados que se busca tener pocos hijos no sólo para darles una buena calidad de vida, sino sobre todo para establecer con ellos una mejor y más cercana relación (Rojas, 2002). En este proceso de cambio debe señalarse, desde luego, la fuerte influencia que desde los años setenta del siglo XX tuvieron sobre las jóvenes generaciones de padres mexicanos las intensas campañas publicitarias que, bajo el eslogan "La familia pequeña vive mejor", promovieron en todos los sectores de la sociedad mexicana la conveniencia de reducir el tamaño de la familia.

Con ello queremos insistir en que los importantes cambios observados en los tamaños de las descendencias de las parejas mexicanas son reflejo de significativas modificaciones en las percepciones masculinas y femeninas sobre los hijos y resultado de una práctica anticonceptiva generalizada. Detrás de esta práctica de control natal de las parejas se encuentran diversos procesos de negociación (que llegan a acuerdos o desacuerdos), y a veces situaciones de imposición por parte de alguno de los cónyuges, para establecer una estrategia reproductiva y anticonceptiva a fin de definir el inicio de la procreación, espaciar la llegada de los hijos y dar por concluida la vida reproductiva de alguno de los cónyuges y, eventualmente, de la pareja.

En este sentido, hallazgos antropológicos y sociodemográficos recolectados entre varones de ámbitos rurales y urbanos indican que si bien los entrevistados participan en las decisiones sobre el número de hijos que la pareja tendrá y reconocen que la decisión de qué anticonceptivo utilizar puede construirse en el ámbito de la pareja de común acuerdo, cuando se



trata de la regulación de la fecundidad consideran que ésta es finalmente una responsabilidad de la mujer. Estos hombres señalan que tienen fuertemente arraigada la idea de que la familia pequeña vive mejor; sin embargo, en su opinión la responsabilidad de evitar un embarazo recae fundamentalmente en sus cónyuges (Vivas, 1993; Gutmann, 1996; Castro y Miranda, 1998 y Bellato, 2001; Rojas, 2002).

En este apartado revisamos, a partir de los resultados de diversas investigaciones, las diversas motivaciones y valoraciones masculinas que se encuentran detrás del deseo de reducir el tamaño de sus descendencias y también de su escasa participación en el uso de anticoncepción para lograrlo.

El deseo de procrear descendencias de menor tamaño, pero con ritmos y valoraciones diferentes

Pocos son los estudios demográficos basados en encuestas enfocados al análisis de la fecundidad masculina en el país y que además traten de dar cuenta de las diferencias por grupos de edad y por sectores sociales.[14]

Los hallazgos de las escasas investigaciones sobre la fecundidad de los varones mexicanos indican que esta población no es homogénea en sus preferencias ni en sus experiencias reproductivas. Al tener en cuenta la edad, el estudio de Rojas y Figueroa (2003)[15] reportó una clara asociación entre edades más jóvenes (menores de 30 años al momento de la encuesta, es decir, en 1998) y el deseo de tener descendencias más pequeñas (2.5 hijos en promedio). Conforme aumenta la edad de los entrevistados se incrementa también el tamaño de familia deseado, pues entre los varones adultos jóvenes (con edades de 30 a 39 años) priva el deseo de tener alrededor de tres hijos en promedio, en tanto que los adultos mayores de 50 años señalaron que desearían haber tenido casi cuatro hijos en promedio. De acuerdo con esta investigación, los varones más jóvenes han modificado sus preferencias reproductivas en tal medida que las diferencias por estrato socioeconómico (bajo o medio) son muy pequeñas.

[14] Para revisar comparaciones entre la fecundidad masculina y femenina en el país, pueden consultarse los trabajos de Mendoza *et al*. (2000) y Quilodrán y Sosa (2001). Para analizar diferencias reproductivas masculinas por niveles de escolaridad, véase SSA (1990); por estratos socioeconómicos puede consultarse Rojas y Figueroa (2003), y por cohorte, véase Zavala (2005).

[15] Basado, como se ha dicho antes, en los datos obtenidos de la Ensar-IMSS de 1998.



Al revisar con detenimiento las diferencias entre las generaciones de hombres estudiadas, se detectó que el cambio más significativo en las experiencias reproductivas de los derechohabientes ocurrió entre el grupo de varones de 50 y más años y el de 45 a 49 años, ya que disminuyó de manera notoria el tamaño de sus descendencias medias, al pasar de 6 a 4.5 hijos entre los varones de estrato bajo, y de 4.2 a 3 hijos entre los de estrato medio. Es decir, los varones de estrato bajo tuvieron 1.5 hijos menos y los hombres de estrato medio 1.2 hijos menos (Rojas y Figueroa, 2003).

Esta transición en la fecundidad masculina ha sido documentada también por Zavala (2005), quien observa a partir de los resultados de la EDER-1998[16] que las generaciones nacidas entre 1951 y 1953 —y que al momento de la entrevista, 1998, tenían entre 45 y 47 años—, son las pioneras en reducir sus niveles de fecundidad, aun antes de que se pusieran en marcha las masivas campañas de planificación familiar.

El estudio sobre los derechohabientes del IMSS señala que a partir de dichas generaciones, los varones de estratos medios y bajos fueron controlando mucho más el crecimiento de sus descendencias, de tal suerte que sus paridades medias no sólo son menores sino cada vez más semejantes. En efecto, en 1998, mientras que los derechohabientes menores de 40 años de estrato bajo tenían en promedio 2.8 hijos, los de estrato medio tenían 2.5 hijos. Lo que es indicativo de que el cambio más significativo en el nivel de la fecundidad se ha venido dando entre los varones derechohabientes de estrato bajo, cuyas generaciones más jóvenes han sido socializadas en contextos de mayor legitimación e influencia de los programas de planificación familiar[17] y han experimentado cambios importantes en las valoraciones sobre el tamaño de sus descendencias (Rojas y Figueroa, 2003).

A pesar de las semejanzas generacionales detectadas en el deseo y en la procreación de tamaños de familia menores conforme disminuye la edad

[16] La muestra de la Eder de 1998, conformada por 2 496 personas, constituye un subconjunto de la muestra de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid-97) y fue distribuida uniformemente entre las 32 entidades federativas del país. Es representativa en el ámbito nacional para cada una de las tres cohortes seleccionadas (nacidas entre 1936 y 1938; 1951 y 1953, y entre 1966 y 1968), para cada sexo y para dos niveles de urbanización elegidos: localidades de menos de 15 000 habitantes (consideradas rurales) y localidades de 15 000 y más habitantes (consideradas urbanas).

[17] Es importante hacer notar que el IMSS tiene más de 20 años desarrollando actividades de promoción de diversos programas y acciones de planificación familiar entre su población derechohabiente (Mendoza *et al*., 2000).



de estos varones, Rojas y Figueroa (2003) reportan en este estudio importantes diferencias en los patrones reproductivos masculinos de acuerdo con la pertenencia a distintos estratos socioeconómicos, pues la edad de entrada a la vida conyugal y a la paternidad está claramente diferenciada. Si bien el inicio de la actividad sexual no muestra diferencias por estrato socioeconómico entre los varones estudiados, puesto que en ambos (bajo y medio) ocurre alrededor de los 17 años, la entrada en unión tiene implicaciones diferentes según el estrato socioeconómico. Los derechohabientes de estrato bajo se unieron en promedio a los 23.3 años, en tanto que los de estrato medio lo hicieron un poco más tarde, a los 24.5 años en promedio. Las uniones más tempranas de los varones de estrato bajo propician que el intervalo entre ambas transiciones para ellos sea más corto (seis años en promedio) y se relacionan con patrones reproductivos de poco espaciamiento entre los hijos, así como con una descendencia probablemente un poco más numerosa al final de la vida reproductiva. Repercusiones diferentes sobre el nivel de la fecundidad de los derechohabientes de estrato medio tendrá entonces el que lleven a cabo de manera más pausada la transición a la vida conyugal, puesto que después de haber iniciado su actividad sexual, estos varones dejan pasar en promedio siete años antes de unirse.[18]

Al observar el inicio de la vida reproductiva masculina entre estos varones, se puede constatar una diferencia entre los derechohabientes según el estrato socioeconómico, ya que los varones de estrato bajo tienden a procrear a su primer hijo antes de los 25 años, lo que es indicativo de que entre ellos existe una mayor propensión a hacer coincidir el comienzo de su vida conyugal con el inicio de su paternidad.[19] En cambio, ésta no parece ser la norma entre los varones de estrato medio, quienes prefieren espe-

[18] En general, puede decirse que existe un patrón de nupcialidad más precoz entre los sectores sociales pobres y marginados del ámbito rural (campesinos, jornaleros agrícolas e indígenas) y urbano (trabajadores no asalariados con ocupaciones inestables) con bajos niveles de escolaridad, frente al que prevalece entre los sectores de ingresos medios y elevados urbanos y con altos niveles de escolaridad (profesionales, técnicos y personal directivo). Lo que hace pensar que son precisamente las condiciones de pobreza e inestabilidad las que propician y explican el inicio más temprano de las uniones (Ojeda, 1989; Quilodrán, 1990; García y Rojas, 2002).

[19] Ya hemos comentado antes las diversas motivaciones que los varones de estratos pobres (rurales y urbanos) señalan para comenzar a procrear pronto a sus descendencias.



rar un poco después de haberse unido para concebir a su primer hijo[20] (Rojas y Figueroa, 2003).

Al analizar las valoraciones masculinas, sobre todo entre las generaciones más jóvenes de padres, en torno a los hijos y que se encuentran detrás de este deseo por procrear descendencias de menor tamaño, Rojas (2002) encontró en un estudio sociodemográfico de corte cualitativo algunas diferencias por sector social y por generación.[21]

En esta investigación se encontró que los entrevistados mayores (de 40 años y más) de sectores populares se caracterizaron por asumir una actitud un tanto pasiva ante el sucesivo incremento de sus descendencias, debido en buena medida a la falta de información sobre la anticoncepción o a su rotundo rechazo a utilizarla. Para estos varones definir el tamaño de sus descendencias no era una cuestión sobre la que reflexionaran o llegaran a acuerdos con sus cónyuges; por ello, las grandes descendencias procreadas por estos padres quedaron definidas en buena medida por el destino. La valoración de sus hijos fue establecida fundamentalmente en términos de los costos económicos que implicaron su manutención y escolarización, cuestión que se transformó en angustia cuando veían crecer sin control sus descendencias. Por ello, y ante las precarias condiciones económicas de sus unidades domésticas, la llegada de sus hijos, si bien constituyó un motivo de alegría, también significó tener que trabajar más, lo cual en algunos casos implicó tener que incorporarse a dos empleos y trabajar durante los fines de semana (Rojas, 2002).

En cambio, los hombres mayores de sectores medios entrevistados desarrollaron una clara noción de que querían disminuir el tamaño de su familia a mediana (cuando mucho de tres hijos), porque con ello asegurarían a sus hijos un buen nivel de vida y sobre todo un elevado nivel escolar, por lo menos universitario. En esta valoración de su descendencia en términos económicos y educativos coincidieron con sus cónyuges, sin embargo, no lograron plantear con claridad ni acordar con ellas estrategias conjuntas de planificación familiar. De hecho, ellos terminaron aceptando las iniciativas

[20] En el estudio de Rojas (2002), basado en una aproximación cualitativa, se da cuenta de esta misma diferenciación entre varones urbanos de sectores populares y medios, con respecto al inicio de la vida conyugal y de la vida como padres.

[21] En esta investigación se clasificó a los entrevistados de acuerdo con su pertenencia a sectores urbanos populares o medios; y en jóvenes (menores de 40 años) o mayores (de 40 años y más).



que sus compañeras llevaron a cabo, en diversas ocasiones a escondidas, para evitar procrear una descendencia muy grande (Rojas, 2002).

Por lo que toca a los varones jóvenes (menores de 40 años) de sectores populares estudiados es importante destacar que ellos acordaron con sus cónyuges reducir el tamaño de su descendencia porque no querían "llenarse de hijos", pero sobre todo porque querían brindarles mejores condiciones de vida de las que ellos tuvieron, además de asegurarles un mayor nivel de escolaridad (de secundaria) que el que ellos habían alcanzado (de primaria cuando mucho). Para estos hombres los hijos se convierten en un complemento de su vida conyugal, pero también en un reto que les incentiva a esforzarse para evitarles una vida de carencias como la que ellos mismos tuvieron cuando niños (Rojas, 2002).

Finalmente, entre los hombres jóvenes de sectores medios entrevistados la decisión de tener pocos hijos se toma junto con sus cónyuges, a partir de la consideración de los gastos económicos que implica asegurar no sólo el bienestar material de sus hijos sino también un buen nivel educativo para ellos, de preferencia universitario. Estos varones señalaron que a la valoración económica de los costos en la manutención y educación de los hijos, se agrega el deseo de querer dedicarles suficiente tiempo, atención y afecto, por lo que son partidarios de tener cuando mucho dos o tres hijos (Rojas, 2002).

Las diversas motivaciones y valoraciones detrás de la escasa práctica anticonceptiva masculina

Los programas institucionales de planificación familiar en México desde su inicio han orientado sus estrategias hacia las mujeres, bajo la premisa de que son ellas más susceptibles que los varones de regular su fecundidad, dadas las implicaciones que la experiencia de la maternidad tiene en sus cuerpos y en sus vidas. Los gobiernos mexicanos, en su afán por reducir las tasas de fecundidad, han preferido centrar la lógica institucional de los servicios de atención a la salud en la efectividad de los métodos anticonceptivos modernos, los cuales, como se sabe, operan de manera preponderante sobre la biología femenina. Por ello mismo se ha incentivado el desarrollo de la investigación y de la tecnología anticonceptiva —muchas veces con financiamiento internacional—, destinada a actuar en el cuerpo femenino antes que en el masculino (Figueroa, 1998).



Este planteamiento es el que opera detrás de la difusión, distribución y prevalencia en el uso de anticonceptivos en el país, contribuyendo a reproducir la desigualdad en las responsabilidades reproductivas entre hombres y mujeres, al hacer que el uso efectivo de la anticoncepción recaiga fundamentalmente en ellas. El resultado que tenemos actualmente es una muy elevada tasa —poco más de 70%— de uso de métodos anticonceptivos modernos que operan sobre los cuerpos de las mujeres mexicanas, principalmente la OTB y el DIU, en tanto que el uso de métodos que requieren de la participación masculina (directa o indirecta), como el condón, la vasectomía, el ritmo y el retiro, ha aumentado de manera muy marginal (Conapo, 2004).

Desde esta perspectiva, es clara la idea de que se ha preferido excluir a los varones de esta crucial etapa del proceso reproductivo, desincentivando incluso el uso de métodos considerados tradicionales y que implican un claro involucramiento masculino, tales como el ritmo y el retiro. Ello a pesar de que se tienen indicios provenientes de investigación demográfica y sociodemográfica, en el sentido de que este tipo de participación masculina en los arreglos anticonceptivos venía dándose desde generaciones mayores, sobre todo de ámbitos urbanos y de sectores medios, quienes a partir de un claro deseo por controlar el tamaño de sus descendencias fueron las pioneras en reducir su fecundidad, aun antes de que se pusieran en marcha las masivas campañas de planificación familiar (Zavala, 2005; Rojas, 2002 y 2008).

Recientemente se sabe que entre las jóvenes generaciones de varones no existe oposición a la regulación de la fecundidad conyugal mediante el uso de la anticoncepción. De hecho, se cuenta con indicios de que estos varones logran conformar con sus cónyuges procesos de acuerdo en esta materia, definiendo de manera conjunta, a partir de una abierta comunicación con su cónyuge, el uso de determinado método anticonceptivo, el número de hijos a tener y su espaciamiento. Sin embargo, hay que señalar que persiste en ellos una resistencia a utilizar algún método anticonceptivo que actúe sobre sus cuerpos (Vivas, 1993; Hernández Rosete, 1996; Gutmann, 1996; Mendoza *et al.*, 2000; Rojas, 2002).

Al respecto es importante señalar que son abundantes los hallazgos de investigación, provenientes de encuestas o de acercamientos cualitativos, que indican que entre la población masculina mexicana sigue plenamente vigente la percepción de que, dado que es en el cuerpo de la mujer donde se desarrollan los procesos de embarazo, entonces toca a ella la responsabilidad exclusiva de regular esta capacidad (SSA, 1990; Vivas, 1993; Gutmann, 1996; Castro y Miranda, 1998; Bellato, 2001; Rojas, 2002; Rojas y Figueroa, 2003).



Por otro lado, algunas investigaciones centradas en los procesos de toma de decisiones anticonceptivas en parejas de ámbitos rurales e indígenas han dado cuenta de que la elección por uno u otro método todavía está inmersa en relaciones de poder, en donde la centralidad de los varones puede o no permitir la negociación. De ahí que no sean pocos los casos y los contextos en los que se reporta que son los varones quienes junto con el médico toman las decisiones en torno a la anticoncepción, decidiendo incluso sobre la esterilización femenina, a veces consultándole a la esposa, pero en otras tantas sin tomar en cuenta su opinión. De aquí también que mujeres de ámbitos rurales o urbanos empobrecidos —y principalmente indígenas— hayan reportado que la planificación familiar sólo puede ser llevada a cabo con la autorización del esposo (Castro y Miranda, 1998; Conapo, 2001; Fernández-Cerdeño, 2006).

Debe tenerse en cuenta que en el ámbito rural los modernos métodos anticonceptivos son percibidos con sospecha por los hombres, pues a causa de ellos consideran que están perdiendo el control sobre la sexualidad femenina. Tradicionalmente, para estos varones ser hombre significa "ganarle la voluntad a las mujeres", mientras que ser mujer significa resistir ese acoso, "no fracasar" en esa resistencia; de ahí el temor de los varones a que sus mujeres tengan un hijo de otro hombre, pues se sospecha siempre sobre su fidelidad, lo que propicia la existencia de la duda sistemática sobre la propia paternidad. Por ello, los anticonceptivos modernos son vistos como una forma de engaño con los que las mujeres pueden confundir a los varones en sus funciones de esposos y padres (Castro y Miranda, 1998). Esta situación podría explicar, de alguna manera, el rezago en los niveles de uso de los métodos de regulación de la fecundidad en el medio rural del país respecto del urbano, pues en 1997 solamente cinco de cada 10 mujeres unidas en edad fértil del medio rural los utilizaba, en tanto que alrededor de siete de cada 10 mujeres de ámbitos urbanos estaba en esta situación (Conapo, 2001).

Hay que señalar que este tipo de ideas masculinas en torno a la sexualidad femenina y la regulación de la fecundidad no es privativo del ámbito doméstico, pues el menor poder de que gozan las mujeres en comparación con los varones en el hogar se reproduce y se vive como "natural" en los diversos espacios institucionales. Para los prestadores de servicios de planificación familiar puede resultar más fácil e incluso más eficaz dirigirse a las mujeres antes que enfrentar la eventual negativa de los varones. Esta situación se traduce en una limitada atención e inclusión de la población mas-



culina en los programas de planificación familiar, así como en un escaso desarrollo de las acciones institucionales dirigidas a empoderar a las mujeres en esta materia (Conapo, 2001).

Por lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos de uso exclusivo del varón —como el condón y la vasectomía—, son importantes los hallazgos de investigación que señalan que detrás de su utilización existen valoraciones sobre la sexualidad que han de tomarse en cuenta y que se relacionan con el hecho de que los hombres gozan de mayores prerrogativas sociales que las mujeres para iniciar y negociar las relaciones sexuales, en tanto que las mujeres están más controladas en su actividad sexual (Dixon-Mueller, 1996). La investigación ha mostrado que los varones con más frecuencia tienen múltiples parejas sexuales a lo largo de su vida. En general son más activos sexualmente que las mujeres, pues tienen más experiencias sexuales previas a la unión matrimonial y también es más probable que tengan parejas sexuales simultáneas. La sexualidad es concebida y ejercida por los varones de manera separada a la reproducción, por ello no resulta raro que la utilización masculina de algún método anticonceptivo esté relacionada, en ocasiones, no tanto con la regulación de su fecundidad, sino más bien con el ejercicio de su sexualidad en ámbitos extraconyugales (Szasz, 1998; Greene y Biddlecom, 2000).

En este sentido, son relevantes los resultados de investigación sobre la motivación que algunos jóvenes de sectores medios en la ciudad de México han señalado en relación con el uso del condón. Las declaraciones de los jóvenes entrevistados muestran que el uso del preservativo en los hombres se encuentra claramente relacionado con la manera como viven su sexualidad. Al visualizarse a sí mismos como siempre dispuestos a aprovechar cualquier oportunidad que se les presente para tener relaciones sexuales, estos jóvenes conciben el uso del condón de dos maneras: una, como protección ante las infecciones de transmisión sexual cuando se relacionan con mujeres desconocidas o de poca confianza (a las que consideran promiscuas) y, otra, como protección contra el embarazo cuando se relacionan con sus novias o esposas (Arias y Rodríguez, 1998).

En cuanto a la vasectomía, algunas evidencias de investigación indican que entre la población masculina entrevistada existe la idea de vincular este procedimiento con la amenaza y puesta en duda de importantes símbolos asociados con la masculinidad. Debido a que en el imaginario social y masculino parece existir una conexión entre infertilidad e impotencia, el rechazo a la vasectomía está relacionado con una angustia a la castración, con la



pérdida de la potencia sexual y de las erecciones, por tanto, con la pérdida de masculinidad. Se rechaza la vasectomía como método anticonceptivo, entre los hombres entrevistados, porque se considera que la planificación familiar es una responsabilidad femenina y porque la capacidad de fecundar masculiniza a los varones (Bellato, 2001; Córdoba, 2005; Fernández-Cerdeño, 2006).

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la sexualidad extramarital se menciona claramente entre algunos varones entrevistados como razón para esterilizarse. En el contexto de la infidelidad conyugal, la vasectomía reduce el riesgo de un embarazo, es decir, se plantea como la oportunidad de tener relaciones sexuales extraconyugales sin "consecuencias". Por ello, existe el riesgo de que la vasectomía pueda terminar siendo un recurso para cumplir ciertos deseos masculinos relacionados con la sexualidad, reproduciendo las inequidades de género (Córdoba, 2005; Fernández-Cerdeño, 2006).

PERSPECTIVA Y PROPUESTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para concluir quisiéramos dejar planteadas algunas consideraciones que se derivan de este trabajo. Una de ellas está relacionada con los significativos cambios ocurridos en las percepciones que tienen las generaciones medianas y jóvenes de varones mexicanos respecto de los costos económicos que sus hijos representan y que explican en buena medida su deseo de procrear descendencias de menor tamaño. Al lado de esta importante transformación confirmamos la persistencia de la valoración de la paternidad fundamentalmente en términos de la provisión material y económica a los hijos, aunque se detectan algunos cambios en la expansión de esta labor masculina, sobre todo entre los sectores más jóvenes y más escolarizados. Otro elemento que parece persistir en el imaginario de los varones mexicanos es la importancia asignada a la propia reproducción en otro ser masculino, al cual se transmiten los aprendizajes y las experiencias propias, además del nombre de la familia (el apellido paterno).

Por otra parte, nos interesa llamar la atención sobre la distinta velocidad en la que ocurren las transiciones de los ciclos de vida individual y familiar de los varones mexicanos al considerar su estrato socioeconómico. Nos referimos en particular a la entrada a la unión y al inicio de su vida como padres. Diversos hallazgos de investigación en el país permiten seña-


EL COLEGIO DE MÉXICO

lar que entre los varones de estratos bajos la velocidad con la que ocurren estos dos eventos es mucho más rápida que la que caracteriza a los varones de los estratos medio, es decir, se casan pronto y tienen al primer hijo enseguida. Es notable, en cambio, la pausa con la que los varones de estrato alto llevan a cabo estos eventos de su ciclo vital y familiar. Estas diferencias en las pautas vitales se expresan finalmente en la distinta temporalidad con la que llegan los hijos, sobre todo el primero, así como su espaciamiento y en el tamaño de familia.

En cuanto a la reproducción de las parejas mexicanas, son notables los cambios registrados en el nivel de la fecundidad durante los últimos 30 años, puesto que en los años sesenta alcanzaba los siete hijos por mujer, en tanto que actualmente se ha reducido a poco más de dos hijos. En esta importante transición de la fecundidad las mujeres mexicanas han desempeñado un papel protagónico, pues sobre ellas ha descansado gran parte de la práctica anticonceptiva. Por ello, es preocupante la evidencia de investigación que indica la persistencia de inequidades de género urgentes de atender. Desde las instancias gubernamentales se reconoce que los magros resultados obtenidos en la práctica anticonceptiva masculina en el país indican la necesidad de redoblar las acciones orientadas a incrementar la atención e inclusión de la población masculina en los programas de planificación familiar, ampliar sus conocimientos y el acceso a información calificada y promover en ellos conductas responsables e informadas en el cuidado de su propia salud reproductiva y la de sus parejas (Conapo, 2004).

Sin embargo, debe tomarse en cuenta que tradicionalmente la investigación demográfica en torno a la fecundidad ha centrado su análisis en la experiencia vivida y declarada por las mujeres, puesto que se asume que por ser ellas quienes experimentan los embarazos, son quienes de manera directa pueden brindar la información que se requiere para contar con una buena medición de la fecundidad (Watkins, 1993).

Pero el prejuicio que existe en el ámbito demográfico en torno al estudio de la fecundidad de las parejas está también relacionado con los varones, a quienes se considera como informantes no relevantes o poco confiables sobre los componentes de los procesos reproductivos de las parejas. De aquí se entiende entonces que existan pocos estudios teóricos para interpretar la reproducción desde la experiencia de los varones y que no se cuente con suficientes esquemas analíticos, que de manera directa o indirecta permitan orientar la producción de información para conocer la for-



ma en que la población masculina construye sus experiencias reproductivas (Figueroa, 1998).

Aunado a ello, es conveniente señalar que la medicalización de los procesos reproductivos, particularmente desde que se difundió la anticoncepción moderna, hizo de su utilización cotidiana una responsabilidad fundamentalmente femenina. La exclusión del varón de la práctica anticonceptiva —en buena medida al descalificar aquellas prácticas que requieren de la participación masculina, como el ritmo y el retiro— se construyó socialmente cuando se percibieron mayores posibilidades científicas para controlar los procesos reproductivos en las mujeres y se priorizó la investigación científica de la fecundidad femenina. El hecho de que la feminización de la anticoncepción coincida con la medicalización de los procesos reproductivos dice mucho sobre las representaciones de género en la investigación y la práctica médicas, así como en las perspectivas acerca de la salud. La idea que sigue predominando es que si los embarazos se gestan en el cuerpo de las mujeres, entonces al controlar su funcionamiento se controla la reproducción. Responsabilizar a las mujeres de la reproducción y de su regulación puede constituirse en otra forma de dominación masculina (Lerner y Szasz, 2001; Fernández-Cerdeño, 2006).

Por ello se hace necesario estimular nuevos esfuerzos de investigación orientados a entender las restricciones culturales relacionadas con la oferta de servicios de salud reproductiva para varones, ya que si los proveedores no consideran necesario atender a los varones o no se sienten cómodos haciéndolo, los programas de inclusión difícilmente tendrán éxito. De hecho, la modificación en la oferta de servicios de salud reproductiva orientados a la inclusión de la población masculina debería ir más allá de diseñar programas para atender sus necesidades específicas; también deben transformarse las representaciones de género de los responsables de tomar decisiones, diseñar, financiar y llevar a la práctica dichos servicios (Fernández-Cerdeño, 2006).

Es necesario realizar esfuerzos para desarrollar nuevos referentes teóricos y analíticos que permitan llevar a cabo un estudio relacional de los comportamientos reproductivos, pero sobre todo para modificar las representaciones culturales y sociales vigentes en el país sobre la reproducción, su regulación y, particularmente, en torno a la anticoncepción, para terminar con las inequidades de género en estos procesos y lograr un incremento sustantivo en la utilización de métodos anticonceptivos por parte de los varones.



REFERENCIAS

Arias, R., y M. Rodríguez, 1998. A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México, en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 319-339.

Bellato, L., 2001. *Representaciones sociales y prácticas de hombres y mujeres mazahuas sobre la sexualidad y la reproducción*, tesis de maestría en Antropología Social. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Caldwell, J., 1982. *The Theory of Fertility Decline*. Australia, The Australian National University, Academic Press.

Caldwell, J., P.H. Reddy y P. Caldwell, 1982. The causes of demographic change in rural South India: A micro approach, *Population and Development Review* **8** (4): 689-727.

Castillo, R., 1998. Más allá del ser padres… la amistad, en *Reforma*, suplemento especial Día del Padre, México, 21 de junio: 2.

Castro, R., y C. Miranda, 1998. La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: algunos hallazgos de una investigación en Ocuituco (México), en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 223-244.

Conapo, 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. México.

Conapo, 2001. *Programa Nacional de Población 2001-2006. Hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad*. México.

Conapo, 2004. *Informe de ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*. México.

Conapo, 2006. *La política nacional de población. Seis años de trabajo 2001-2006*. México.

Córdoba, D., 2005. *Ellos y la vasectomía: temores, precauciones, deseos y mitos de la sexualidad masculina*, tesis de doctorado en Antropología. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Dixon-Mueller, R., 1996. The sexuality connection in reproductive health, en S. Zeidenstein y K. Moore (eds.), *Learning about Sexuality: A Practical Beginning*. Nueva York, The Population Council-International Women's Health Coalition, pp. 137-157.

Fernández-Cerdeño, A., 2006. Masculinidades frente a la vasectomía: la gestación de una brecha, en S.M. Loggia y A. Fernández-Cerdeño, *Mujeres y hombres frente a las instituciones de salud*. México, El Colegio de México, pp. 77-138 (Investigaciones del PIEM, 2).

Figueroa, J.G., 1998. La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones, en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*. México, El Colegio de México, pp. 163-189.



Freyermuth, G., 2003. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Instituto Nacional de las Mujeres-Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas-Miguel Ángel Porrúa.

García, B., 1994. Ocupación y condiciones de trabajo, *Demos. Carta Demográfica sobre México* **7**: 31-32.

García, B., y O. Rojas, 2002. Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina, *Papeles de Población*, nueva época **8** (32): 11-30.

García, B., y O. de Oliveira, 1994. T*rabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.

García, B., y O. de Oliveira, 2006. *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México, El Colegio de México.

Greene, M., y A. Biddlecom, 2000. Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles, *Population and Development Review* **26** (1): 81-115.

Gutmann, M., 1993. Los hombres cambiantes, los machos impenitentes y las relaciones de género en México en los noventa, *Estudios Sociológicos* **XI** (33): 725-740.

Gutmann, M., 1996. *The Meanings of Macho, Being a Man in Mexico City*. California, University of California Press. Trad. al español: *Ser hombre de verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón*. México, El Colegio de México, 2000.

Haces, M.A., 2006. La vivencia de la paternidad en el Valle de Chalco, en J.G. Figueroa, L. Jiménez y O. Tena (eds.), S*er padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México, El Colegio de México, pp. 121-155.

Hernández Rosete, D., 1996. *Género y roles familiares: la voz de los hombres*, tesis de maestría en Antropología Social. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Kaztman, R., 1991. *Taller de trabajo. Familia, desarrollo y dinámica de población en América Latina y el Caribe: ¿Por qué los hombres son tan irresponsables?* Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Lerner, S., e I. Szasz, 2001. La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias, *El Cotidiano* **107** (17): 53-65.

Lerner, S., y A. Quesnel, 1994. Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México, en F. Alba y G. Cabrera (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*. México, El Colegio de México, pp. 85-117.

Lerner, S., A. Quesnel y M. Yanes, 1994. La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales, *Estudios Demográficos y Urbanos* **9** (3): 543-578.



López, M.P., y V. Salles, 2006. Los vaivenes de la conyugalidad, en R. Esteinou (ed.), *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México, Publicaciones de la Casa Chata, pp. 385-435.

Mendoza, D., *et al.*, 2000. *Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente. Informe de resultados*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social (Investigación y Evaluación, 8).

Módena, M.E., y Z. Mendoza, 2001. *Géneros y generaciones. Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres de la ciudad de México*. México, Population Council-Edamex.

Montalvo, G., 2008. Los deprime no trabajar, en *Reforma*, domingo 13 de enero: 7.

Nájera, A., *et al*., 1998. Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres, en J.G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, El Colegio de México, pp. 275-305.

Nava, R., 1996. *Los hombres como padres en el Distrito Federal a principios de los noventa*, tesis de maestría en Sociología. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

Núñez, A.E., 2000. La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales, en C. Stern y C. Echarri (comps.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, El Colegio de México, pp. 235-262.

Olavarría, J., 2002. Hombres: identidades, relaciones de género y conflictos entre trabajo y familia, en J. Olavarría y C. Céspedes (eds.), *Trabajo y familia: ¿conciliación? Perspectivas de género*. Santiago de Chile, Servicio Nacional de la Mujer-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Centro de Estudios de la Mujer, pp. 53-76.

Oliveira, O. de, 1994. Cambios en la vida familiar, *Demos. Carta Demográfica sobre México* **7**: 35-36.

Oliveira, O. de, 1998. Familia y relaciones de género en México, en B. Schmukler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*. México, Population Council-Edamex, pp. 23-52.

Ojeda, N., 1989. *El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas; un análisis sociodemográfico*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Pozas, R., 1977. *Chamula*. México, Instituto Nacional Indigenista (Clásicos). Citado en M.H. Ruz, La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculinas entre los mayas, en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México, El Colegio de México, p. 210.

Quilodrán, J., 1990. Entrance into marital union and into motherhood by social sectors, en M. Bronfman, B. García, F. Juárez, O. de Oliveira y J. Quilodrán,



Social Sectors and Reproduction in Mexico. México, El Colegio de México, pp. 4-8.

Quilodrán, J., y V. Sosa, 2001. Un primer acercamiento a la estimación de los niveles de fecundidad masculina en México, *Notas. Revista de Información y Análisis* **15**: 58-67.

Ramón, D., 1998. Los padres pasan por el cine mexicano, en *Reforma*, suplemento especial Día del Padre, México, 20 de junio: 2.

Rojas, O., 2002. La participación de los varones en los procesos reproductivos: un estudio cualitativo en dos sectores sociales y dos generaciones en la ciudad de México, *Papeles de Población* **31**: 189-217.

Rojas, O., 2006a. La importancia de tener un hijo varón y algunos cambios en la relación padre-hijo en México: hallazgos de investigación, *Papeles de Población* **48**: 181-204.

Rojas, O., 2006b. Reflexiones en torno a las valoraciones masculinas sobre los hijos y la paternidad, en J.G. Figueroa, L. Jiménez y O. Tena (eds.), *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México, El Colegio de México, pp. 95-119.

Rojas, O., 2008. *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México. Un estudio del desempeño masculino en los procesos reproductivos y en la vida doméstica*. México, El Colegio de México.

Rojas, O., y J.G. Figueroa, 2003. *El comportamiento reproductivo de los varones: el caso de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, ponencia presentada en la VII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, organizada por la Sociedad Mexicana de Demografía.

Ruz, M.H., 1998. La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculinas entre los mayas, en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México, El Colegio de México, pp. 193-221.

Salguero, M.A., 2006. Significado y vivencia de la paternidad en algunos varones de los sectores socioeconómicos medios en la ciudad de México, en J.G. Figueroa, L. Jiménez y O. Tena (eds.), *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México, El Colegio de México, pp. 57-94.

Salles, V., y R. Tuirán, 1996. Vida familiar y democratización de los espacios privados, en M.L. Fuentes *et al.*, *La familia: investigación y política pública*. México, UNICEF-DIF-El Colegio de México, pp. 47-55.

SSA (Secretaría de Salud), 1990. *Informe de la Encuesta sobre Conocimiento, Actitud y Práctica en el Uso de Métodos Anticonceptivos de la Población Masculina Obrera del Área Metropolitana de la Ciudad de México*. México, Dirección General de Planificación Familiar (Investigación).

Szasz, I., 1998. Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México, en S. Lerner (ed.), *Varones,*



sexualidad y reproducción. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 137-162.

Stycos, J.M., 1958. *Familia y fecundidad en Puerto Rico, estudio del grupo de ingresos más bajos*. México, Fondo de Cultura Económica.

Vivas, M.W., 1993. *Del lado de los hombres. Algunas reflexiones en torno a la masculinidad*, tesis de licenciatura en Etnología. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Wainerman, C., 2002. Padres y maridos. Los varones en la familia, en C. Wainerman (comp.), *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires, UNICEF-Fondo de Cultura Económica, pp. 199-224.

Watkins, S., 1993. If all we knew about women was what we read in *Demography*, what would we know?, *Demography* **30** (4): 551-577.

Zavala, M.E., 2005. Las tendencias de la fecundidad en los tres grupos de generaciones urbanas y rurales según el sexo, en M.L. Coubès, Ma. E. Zavala y R. Zenteno (coords.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. México, Cámara de Diputados-Tecnológico de Monterrey-El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa, pp. 97-119.

Zúñiga, E., y D. Hernández, 1994. Importancia de los hijos en la vejez y cambios en el comportamiento reproductivo. (Estudio en tres comunidades rurales de México), *Estudios Demográficos y Urbanos* **9** (1): 211-236.



10
MIGRACIÓN INTERNA

*Virgilio Partida Bush**

CONTENIDO

Introducción	326
La migración interregional	328
La intensidad de la migración	344
Migración y edad	348
Desigualdad social y migración: una aproximación	352
Prefigurando el futuro	359
Referencias	360

* Profesor-investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso): <*vpartida@flacso.edu.mx*>.



INTRODUCCIÓN

México ha experimentado profundos cambios en distintas esferas de la vida nacional desde los años setenta del siglo XX. La transición de un modelo económico orientado a la producción de bienes y servicios para satisfacer el consumo doméstico —conocido como industrialización por sustitución de importaciones (ISI)—, a uno encaminado a los mercados internacionales dentro del proceso de globalización de la economía mundial, ha sido quizá la transformación más significativa.

La galopante industrialización y urbanización inherente a la ISI fue capaz de generar el empleo requerido para acomodar la creciente oferta de fuerza de trabajo, aunque no logró madurar como un sistema social que diera cabal respuesta a las demandas de la población. En efecto, hubo una mejora sustantiva en las condiciones de vida de los habitantes del país, como se puede ver en la reducción del porcentaje de personas en situación de pobreza alimentaria de 61.8% en 1950 a 22.5% en 1984, y de pobreza de patrimonio, de 88.4 a 53.0%, respectivamente, pero los niveles del último año aún estaban distantes de la erradicación de las carencias materiales en buena parte de la población; asimismo, todavía persistía una marcada inequidad en la distribución de los recursos, como lo indica el índice de Gini de 0.425 para 1984 (Székely, 2005).[1]

La apertura comercial, por su parte, ha sido incapaz de crear los puestos de trabajo necesarios para absorber la pujante mano de obra y se ha visto acompañada de recurrentes crisis económicas y del vertiginoso crecimiento del empleo informal. La elevación del nivel educativo de la población y la mejora en las condiciones de salud se han traducido en una mano de obra más calificada y sana, un capital humano que infortunadamente no ha pagado los dividendos esperados ante las limitaciones del nuevo modelo para crear los empleos seguros, bien remunerados y con prestaciones que reclama la creciente población activa. Si bien los niveles de pobreza alimentaria y de patrimonio disminuyeron a sus mínimos históricos en 17.3 y 47.0%, respectivamente, en 2004, el índice de Gini de 0.460 indica que la desigualdad se recrudeció con respecto a 1984 (Székely, 2005).

[1] El índice Gini resume la concentración del ingreso en los hogares o las personas. Si el indicador vale cero se tiene la perfecta distribución equitativa, cuando es igual a uno señala que la concentración es total. De esta manera, conforme baja el índice de Gini disminuye la desigualdad en la distribución del ingreso.



La migración interna del país ha experimentado una importante transformación, en su nivel y en la dirección de los flujos, como consecuencia del nuevo esquema económico; diversos factores han confluido en el cambio de la movilidad territorial. Las actividades industriales se localizan más en ciudades intermedias que en las grandes metrópolis, como antes, y el sector manufacturero se ha convertido paulatinamente en establecimientos maquiladores, con lo cual ahora sólo se hace parte del proceso de producción global en nuestro país, cuando antaño la mayoría de las fases de la fabricación tenía lugar dentro del territorio nacional.

El campo ha venido perdiendo dinamismo desde hace más de 30 años, principalmente por el progresivo desamparo en que ha estado inmerso y no ha sido posible —o no ha habido la voluntad política para— revertir ese desgaste desde entonces. El sector empresarial de la agricultura, ubicado principalmente en el nordeste y noroeste del país, ha sido el más beneficiado de la modernización del sector, gran parte de su producción se orienta más a los mercados internacionales que al doméstico y atrae buena parte de la mano de obra de las regiones más empobrecidas, alentando el abandono de tierras otrora fértiles, las cuales además se han erosionado ante la falta de apoyo gubernamental a los pequeños productores agrícolas.

Durante el periodo de la ISI la movilidad territorial fue predominantemente rural-urbana, la cual fue objeto de diversos y valiosos estudios seminales que exploraron los determinantes de esa modalidad migratoria en México e intentaron explicarlos. Dentro del modelo económico de la globalización han surgido nuevas pautas de la migración, como la movilidad interurbana, en zonas rurales e incluso de la ciudad al campo, las cuales se han convertido en flujos estadísticamente significativos, igual que la modalidad rural-urbana. Sin embargo, pocos han sido los trabajos dedicados a indagar sobre las nuevas características de la migración interna en México, las formas emergentes de inserción en la actividad económica de los migrantes en los lugares de destino y las situaciones infrahumanas en que viven algunos migrantes en su nuevo entorno, en un intento fallido por escapar de la pobreza extrema en sus lugares de origen.

El objetivo de este trabajo es hacer una inspección de largo plazo de la migración interna en México, con base en la información recolectada en los censos de población de 1970, 1990 y 2000, y en el conteo de 2005. Se privilegia la perspectiva regional sobre la estatal en aras de asegurar un mínimo de representatividad numérica de flujos migratorios específicos y



de simplificar el análisis. Para los fines de este trabajo se considera migración el "cambio de residencia habitual de manera individual o colectiva que implica quedar fuera del área de influencia de la entidad federativa de donde se sale durante un lustro específico".

Después de revisar las tendencias recientes de la migración interna en nuestro país, al final se intentan prefigurar los patrones futuros del fenómeno en el corto y mediano plazos.

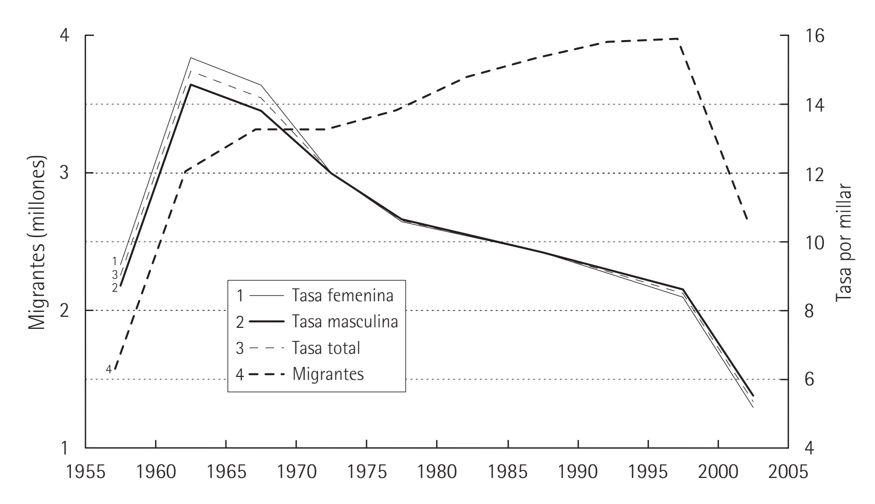
LA MIGRACIÓN INTERREGIONAL

Los cambios en el modelo de desarrollo económico que ha experimentado México durante el pasado medio siglo han implicado, a su vez, marcadas transformaciones en el patrón de ocupación del territorio y una profunda expansión y difusión del proceso de urbanización. Las grandes metrópolis no sólo han dejado de ser el destino casi exclusivo del éxodo rural, sino incluso importantes flujos parten de ellas para asentarse en ciudades de menor tamaño. Buena parte de esa transición se puede identificar en los flujos interestatales.

El total de desplazamientos entre las entidades federativas más que se duplicó al pasar de 1.78 millones en 1955-1960 a 3.69 millones en 1980-1985, luego ascendió con un gradiente marcadamente menor hasta fines del siglo pasado, cuando alcanzó su máximo histórico en 3.97 millones, para finalmente sufrir un abrupto descenso de la tercera parte en el primer lustro del siglo actual, como se puede ver en la gráfica 10.1. La propensión a moverse, expresada por la tasa media anual, muestra por el contrario una clara tendencia a la baja a partir de 1975-1980, más aguda en el nuevo milenio, después de haberse mantenido por encima de 1% hasta mediados de los ochenta.

El impacto de largo plazo de la migración interna en la distribución espacial de la población es realmente notable, sobre todo si se separa la época de la ISI de la era de la globalización. Si se considera 1955-1980 como una época representativa de la ISI, con base en la distribución territorial de la población al comienzo y al final del periodo, se puede concluir que la migración interna dispersó en 7.6% la repartición de los habitantes en las entidades federativas; en cambio, durante 1980-2005 —representativo de la globalización— la contrajo en 15.2%. Así, un primer indicio del impacto del nuevo modelo económico en la migración interna es que ha





Fuente: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1960 a 2000 y Conteo de Población 2005.

Gráfica 10.1. Migrantes interestatales y tasa bruta de migración, 1955-2005.

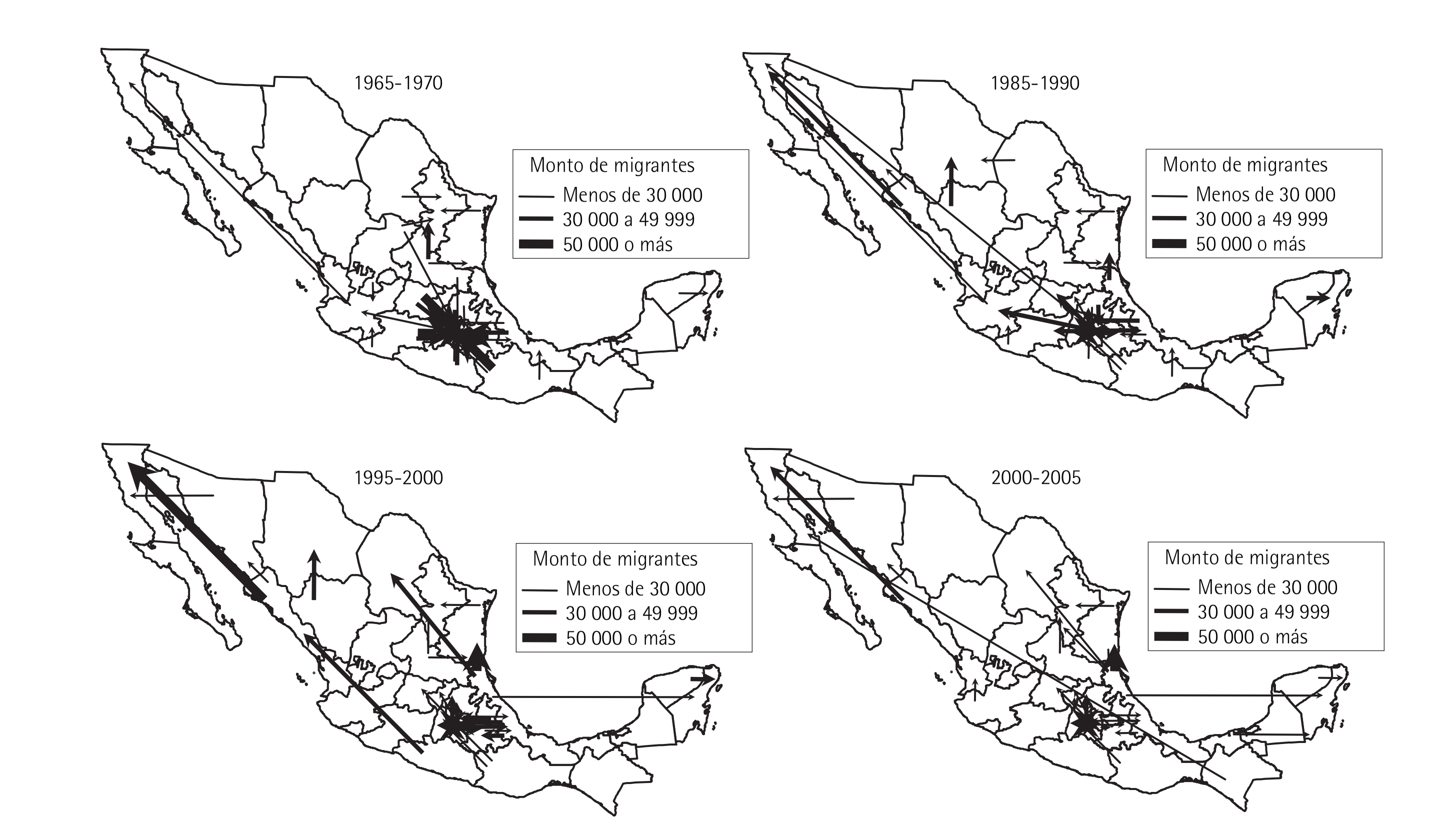
propiciado un reparto más equitativo de los habitantes del país entre las 32 entidades federativas.[2]

Los cambios en las pautas de la migración interna se pueden apreciar de manera visual en los mapas de la figura 10.1, donde se presentan los 32 flujos interestatales más numerosos. El quinquenio 1965-1970 se toma como fase avanzada del modelo de industrialización por sustitución de importaciones; el periodo 1985-1990, como de transición hacia la globalización y, los lustros 1995-2000 y 2000-2005, como etapas intermedia y algo más avanzada, respectivamente, del nuevo esquema económico.

Con el paso del tiempo la diversificación de las direcciones de los flujos migratorios no ha favorecido una distribución más equitativa, entre las

[2] La contribución de la movilidad territorial al reparto geográfico de la población se estimó de la manera siguiente: si se proyectan las poblaciones censadas sólo por crecimiento natural (exceso de nacimientos sobre defunciones) y migración neta internacional, tomando esa distribución espacial como las abscisas y la realmente observada como las ordenadas, las pendientes de la regresión ordinaria de mínimos cuadrados son 1.076 (con una correlación lineal de 0.892) para 1950-1980 y 0.848 (0.944) para 1980-2005.


EL COLEGIO DE MÉXICO



Fuentes: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1970, 1990 y 2000 y Conteo de Población 2005.

Figura 10.1. Principales flujos migratorios interestatales, 1965-2005.

EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS 1940-2010

32 entidades federativas, de los orígenes o los destinos de los flujos más profusos, ya que se advierte la predominancia de algunos estados a lo largo del tiempo. Es notable que el Distrito Federal y el Estado de México, en conjunto, después de haber sido, en 1965-1970, el lugar de llegada de 19 de los 32 traslados más numerosos, incluido el intercambio entre ambos, cada vez arriben ahí menos desplazamientos: 10 en 1985-1990, nueve en 1995-2000 y siete en 2000-2005; por el contrario, de ellos partieron tres, 11, 11 y 12, respectivamente, de las corrientes más numerosas. El papel protagónico de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), sin embargo, se mantiene en los cuatro periodos, ya que el Distrito Federal y el Estado de México han participado en 22, 21, 20 y 20 de las 32 corrientes más voluminosas, respectivamente, aunque de manera paulatina se ha ido hacia el otro lado de la moneda.

El conjunto de los seis estados que colindan con Estados Unidos ha acrecentado su importancia en los principales flujos migratorios, pasando de ser el destino de seis en 1965-1970 a nueve en los tres restantes quinquenios, y origen o destino de ocho, 11, 11 y 12, respectivamente. Al otro lado de la nación, si bien los desplazamientos de Yucatán a Quintana Roo aparecen entre los 32 de mayor cuantía en los cuatro lustros, se han agregado los de Veracruz y Tabasco en el decenio más reciente. En el mismo periodo sobresale la corriente de Veracruz hacia Chihuahua, sin precedente antes de 1995, y al menos en el quinquenio postrero del siglo XX compuesto principalmente de personas que se mudaron de la zona metropolitana de Veracruz-Boca del Río a Ciudad Juárez, ejemplo de la intensa migración interurbana devenida con la globalización de la economía. Por otro lado, las condiciones infrahumanas de vida en el sureste del país, principal detonante de la movilidad territorial de los jornaleros agrícolas, se reflejan en el surgimiento de la numerosa migración de Guerrero hacia Sinaloa en 1995-2000 y de Chiapas a Baja California en 2000-2005 (Partida, 2006).

Las crisis económicas recurrentes en los años ochenta del siglo pasado, más críticas en la ZMVM, aunadas a la restrictiva instalación de manufacturas en la región —originada en buena medida por la creciente contaminación atmosférica— y quizá también como consecuencia de los sismos de 1985, han convertido a la capital de la nación en un fuerte polo de expulsión de población. En 1965-1970 el Distrito Federal sólo era el origen del flujo mayoritario hacia el Estado de México, Guerrero e Hidalgo; 20 años más tarde, lo era hacia 16 estados, ¡la mitad de los destinos potenciales!



Una vez que la apertura comercial ha ido sentando sus reales, el Distrito Federal paulatinamente ha dejado de ser el principal origen de los arribos a los demás estados en las postrimerías del siglo pasado (10) y el comienzo del actual (cinco), mientras que el Estado de México ha tomado la estafeta, muestra de una fase avanzada de metropolización del Valle de México, con dos y siete, respectivamente. Aún en la maduración del ISI, el Distrito Federal prevalecía como el destino más atractivo para el éxodo de 16 entidades federativas. La pérdida de atracción del Valle de México es nuevamente evidente, pues además del intercambio poblacional del Distrito Federal y el Estado de México, este último sólo fue el lugar predilecto para asentarse de los emigrantes de siete estados en 1985-1990, cuatro en 1995-2000 y tres en 2000-2005. ¿Llegará el día en que ya no lo sea de cualquiera de los 30 estados restantes?

La otrora fuerte atracción de la capital del país se ha esparcido en varias entidades federativas; no obstante, se advierte cierta concentración en los estados de la frontera norte como destino principal, evidencia de la profusa generación de empleos derivada de la instalación de maquiladoras en casi todas las ciudades fronterizas, así como en Quintana Roo, muestra del acelerado desarrollo turístico en las costas de la entidad.

Si se distingue el origen y el destino de los flujos, se tiene una idea más precisa de los cambios en el tiempo; también es deseable asegurar un mínimo de representatividad numérica. En la mayoría de las 992 corrientes migratorias interestatales posibles,[3] las personas que forman parte de ellas representan una magra proporción tanto del volumen de habitantes de la entidad federativa de origen, como de la entidad de destino.[4]

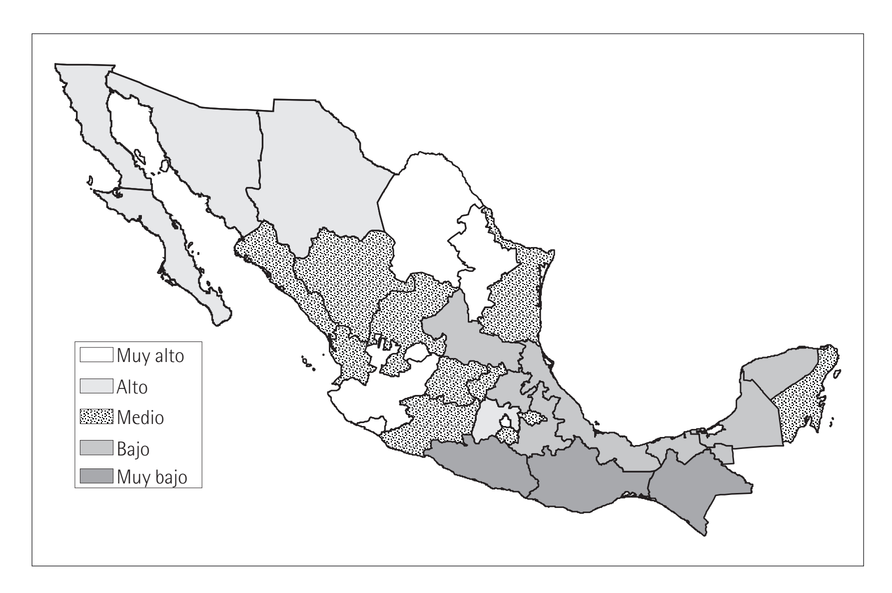
Con el fin de simplificar el análisis y tener mayor significación estadística, adoptamos el esquema de grandes regiones, las cuales se forman agregando entidades federativas íntegras, con la condición de que sean mutuamente excluyentes (no compartan entidades federativas en común) y exhaustivas (cubran íntegro el territorio nacional). Con base en indicadores de salud, educación, infraestructura domiciliaria y remuneraciones al tra-

[3] Se tienen 31 entidades federativas de posible destino para cada una de las 32 de origen.

[4] En los cuatro lustros considerados, en 65.0, 56.1, 55.8 y 64.6%, respectivamente, de los 992 flujos, la proporción anual de personas que se mueven es inferior a uno por 10 000; incluso en fracciones nada despreciables como 45.3, 35.1, 34.7 y 45.0%, alcanza uno por cada 20 000.



bajo, se construyó un índice de "bienestar" (Partida, 2006), con el cual es posible reconocer, tanto en 1990 como en 2005, continuos geográficos de entidades federativas con grados similares de bienestar, según se aprecia en la mapa 10.1. Así, la formación de las regiones es directa, como se muestra en la mapa 10.2



Mapa 10.1. Grado de bienestar en las entidades federativas, promedio 1990-2005.

En los años sesenta del siglo pasado surgió el enfoque de la selectividad, el cual se refiere a ciertas características individuales que son comunes a los migrantes, pero que los diferencian marcadamente de aquellos que han decidido permanecer en el lugar de origen. Blau y Duncan (1967), en su trabajo pionero para Estados Unidos, confirmaron empíricamente el postulado teórico de la selectividad positiva de los migrantes, es decir, que éstos poseen mayores niveles de educación y mayor movilidad social que los no migrantes. Pronto el novedoso enfoque encontró amplia acogida en el ámbito de los estudios sobre migración. Entre las primeras diferencias se señala el sexo.

A lo largo del medio siglo considerado predominan las mujeres en el total de migrantes interestatales del país, excepto en el primer quinquenio


EL COLEGIO DE MÉXICO



Mapa 10.2. Sistema de ocho regiones.

del nuevo milenio. No obstante, debido a que las mujeres también han sido mayoría en la población total, la tendencia histórica de la exposición al riesgo (tasas) da cuenta de un escenario distinto: las mujeres fueron más propensas a desplazarse territorialmente que los varones hasta la primera mitad de los años sesenta y menos desde entonces, como se puede apreciar en la gráfica 10.1, aunque la distancia es apenas perceptible en los últimos 30 años.[5]

Una inspección detallada de los 64 flujos interregionales específicos revela que, si bien hay diferencias en cuanto al monto de los flujos entre hombres y mujeres para cada uno de los lustros, la distribución territorial es bastante similar.[6] Así, las conclusiones que extraigamos de los movimientos totales serían las mismas que se sacarían si el análisis se hiciera para cada sexo por separado.

[5] Una tasa expresa el promedio anual de eventos per cápita; en la gráfica 10.1 el promedio anual de migrantes interestatales por cada mil habitantes del país.

[6] La prueba estadística de Wilcoxon, Mann y Whitney (Siegel y Castellan, 2001), aplicada a los flujos por sexo y para cada quinquenio, revela que —con probabilidades de 0.72, 0.83, 0.84 y 0.86 para los cuatro lustros— no hay elementos para rechazar la hipótesis de que las distribuciones de los flujos de hombres y de mujeres sean iguales.


EL COLEGIO DE MÉXICO

En el cuadro 10.1 se advierte claramente la mejor distribución espacial de la migración interna con el paso del tiempo, como mencionamos con anterioridad. La amplia gama de los 64 movimientos interregionales se puede apreciar de manera sintética mediante un modelo de distribución y cambio.[7] El modelo ofrece la ventaja de que permite descomponer los datos de migrantes en efectos de distribución territorial (α_k) y cambio (β_k) y efectos tiempo (B_t).

Los resultados del modelo para el total de migrantes se presentan en la gráfica 10.2.[8] La pauta ascendente del parámetro de tendencia temporal (B_t) para los tres primeros periodos (–2.191, 0.452 y 0.589) nos indica el creciente número de migraciones interregionales en el país; el descenso a –0.264 revela la contracción en el monto en el primer quinquenio del presente siglo.

Se advierte que los flujos más cuantiosos corresponden a movimientos entre regiones colindantes (panel superior de la gráfica 10.2): de Centro Norte hacia Frontera (CN-FR) y de Oriente y Sureste a Metropolitana (OR-ME, y SU-ME, respectivamente), así como a las mudanzas que tienen lugar dentro de cada una de las regiones. Se observa también que, aunque la distancia ha sido cada vez menos un impedimento para la migración, prevalecen las regiones vecinas como los principales orígenes y destinos de la migra-

[7] Si se factorizan las cifras mediante un modelo aditivo-multiplicativo de la forma (Gómez de León, 1990; Wilmoth, 1989) $y_{kt} = 1n\{O_{ij,t}\} = \alpha_k + \beta_k B_t + z_{kt}$, con $i, j = 1,2,K, 8$; $k = 1,2,K ,64$; $t = 1,2,3,4$; donde $O_{ij,t}$ son los migrantes de la región i hacia la región j durante el quinquenio t ($O_{ii,t}$ se refiere a los migrantes interestatales dentro de la región); k es un índice ordinal que se relaciona con cada uno de los 64 flujos interregionales (uno a ocho a los ocho destinos de la emigración de Frontera; nueve a 16 a los de Centro Norte; 17 a 24 a los de Occidente, etc.); ln denota el logaritmo natural; α_k representa la distribución interregional promedio de los migrantes en el tiempo; β_k equivale a un factor de crecimiento de los migrantes (porque es la primera derivada del logaritmo natural de los efectivos poblacionales $O_{ij,t}$); B_t es un parámetro que representa la tendencia temporal de la migración interestatal; y z_{kt} es el residual. Elegimos el logaritmo, en lugar de la escala natural, con el fin de reducir la varianza de las observaciones. El modelo ofrece la ventaja que permite descomponer los datos de migrantes en efectos de distribución territorial (α_k) y cambio (β_k) y efectos tiempo (B_t).

[8] La escasa asociación lineal entre α_k y β_k (coeficiente de correlación de 0.24) nos dice que el monto y el ritmo de crecimiento de los 64 flujos interregionales, a lo largo de los años, están escasamente vinculados, o bien, que se pueden extraer conclusiones del comportamiento de cada uno de ambos parámetros sin que se vean condicionadas por las tendencias del otro.



Cuadro 10.1. Migrantes interestatales por regiones, 1965-2005

Región de destino	*Región de origen* Frontera	Centro Norte	Occi-dente	Centro	Metro-politana	Oriente	Sureste	Península	*Inmi-grantes**
				1965-1970					
Frontera	183 283	238 488	63 887	53 677	42 570	22 368	8 446	4 187	616 906
Centro Norte	63 342	53 505	33 751	20 035	13 944	9 391	3 971	1 314	199 253
Occidente	30 260	72 570	35 658	56 500	32 374	8 273	4 453	1 609	241 697
Centro	14 606	12 614	25 318	25 159	33 393	8 994	7 003	1 110	128 197
Metropolitana	71 575	93 486	74 422	324 473	564 079	339 858	227 310	23 515	1 718 718
Oriente	16 743	11 681	6 168	13 788	57 455	81 402	45 441	18 461	251 139
Sureste	3 554	2 763	2 217	6 998	18 010	18 966	12 922	7 160	72 590
Península	3 057	2 016	1 365	4 328	6 789	12 653	15 589	42 443	88 240
Emigrantes	386 420	487 123	242 786	504 958	768 614	501 905	325 135	99 799	3 316 740
No migrantes	7 327 163	4 780 282	3 627 008	4 948 419	9 575 276	7 684 522	5 107 871	1 777 381	44 827 922
				1985-1990					
Frontera	199 219	251 894	57 475	62 841	115 191	75 457	36 005	7 586	805 668
Centro Norte	80 252	45 643	38 054	21 192	52 796	16 173	32 950	3 010	290 070
Occidente	28 571	55 044	31 036	46 283	78 700	14 993	17 011	3 145	274 783
Centro	20 894	13 800	29 034	38 080	153 385	18 541	19 317	3 027	296 078
Metropolitana	34 251	24 078	23 334	77 125	799 145	217 158	134 657	13 250	1 322 998
Oriente	28 725	10 390	7 098	12 716	189 672	97 802	61 185	22 796	430 384
Sureste	7 671	3 928	4 551	7 619	78 741	41 615	20 772	14 642	179 539
Península	7 421	3 432	2 924	3 646	39 446	47 445	36 446	92 515	233 275
Emigrantes	407 004	408 209	193 506	269 502	1 507 076	529 184	358 343	159 971	3 832 795
No migrantes	12 577 665	7 308 213	6 093 879	8 168 523	17 838 313	12 515 002	8 607 158	3 629 248	76 738 001



1995-2000									
Frontera	194 873	242 254	51 107	49 795	91 564	200 641	80 532	17 004	927 770
Centro Norte	90 681	35 183	40 385	16 561	33 539	18 486	53 435	2 415	290 685
Occidente	29 688	48 250	33 914	40 784	55 008	18 953	18 284	4 370	249 251
Centro	23 817	15 432	32 384	41 161	130 157	24 709	22 314	3 476	293 450
Metropolitana	38 259	20 651	26 075	61 018	781 409	221 483	122 073	16 628	1 287 596
Oriente	37 038	11 250	9 476	14 420	205 934	107 038	48 522	26 722	460 400
Sureste	13 630	5 894	6 098	9 497	80 757	41 331	20 497	16 268	193 972
Península	9 658	3 407	4 680	3 834	41 257	53 819	38 864	111 891	267 410
Emigrantes	437 644	382 321	204 119	237 070	1 419 625	686 460	404 521	198 774	3 970 534
No migrantes	15 603 165	8 153 747	7 382 031	9 581 619	21 090 705	14 448 628	10 004 906	4 794 595	91 059 396
2000-2005									
Frontera	131 582	153 195	33 189	30 985	64 446	130 401	72 326	16 808	632 932
Centro Norte	69 832	21 369	33 876	12 875	23 089	16 321	19 324	2 052	198 738
Occidente	25 082	34 340	27 436	29 854	41 370	15 192	14 430	3 592	191 296
Centro	18 297	10 101	21 174	29 538	94 107	16 713	14 312	2 841	207 083
Metropolitana	29 106	12 433	17 492	36 445	453 414	111 196	71 265	11 925	743 276
Oriente	46 323	7 382	8 871	13 291	156 881	71 026	33 984	18 568	356 326
Sureste	13 929	4 212	4 398	5 869	48 814	21 435	12 071	9 095	119 823
Península	9 659	2 650	3 960	3 688	33 938	32 472	31 247	81 410	199 024
Emigrantes	343 810	245 682	150 396	162 545	916 059	414 756	268 959	146 291	2 648 498
No migrantes	17 339 801	8 451 882	7 903 411	10 029 211	22 605 896	15 303 884	10 554 394	5 287 632	97 476 111

* Se refiere al total de emigrantes y de no migrantes para los respectivos renglones.

Nota: la diagonal principal se refiere a migraciones interestatales dentro de la región. El último renglón de cada panel se refiere a las personas que vivían en la misma entidad federativa al inicio y al final del quinquenio.

Fuentes: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1970, 1990 y 2000 y el Conteo de Población de 2005.

EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS 1940-2010

ción interregional, amén de la intrarregional. Esto se puede ver de manera gruesa en el panel superior de la gráfica 10.2: mientras que para las primeras tres regiones (Frontera, Centro Norte y Occidente) los patrones decrecen hacia la derecha, reflejando mayor migración entre las regiones próximas y dentro de la región que con las alejadas, en las siguientes tres (Centro, Metropolitana y Oriente) la moda se sitúa al centro o bien centrada con sesgo hacia la derecha; finalmente, en Sureste y Península la pauta es creciente hacia la derecha, indicando mayor intercambio con sus regiones vecinas y la propia y no con aquéllas tan alejadas como Frontera, Centro Norte y Occidente.

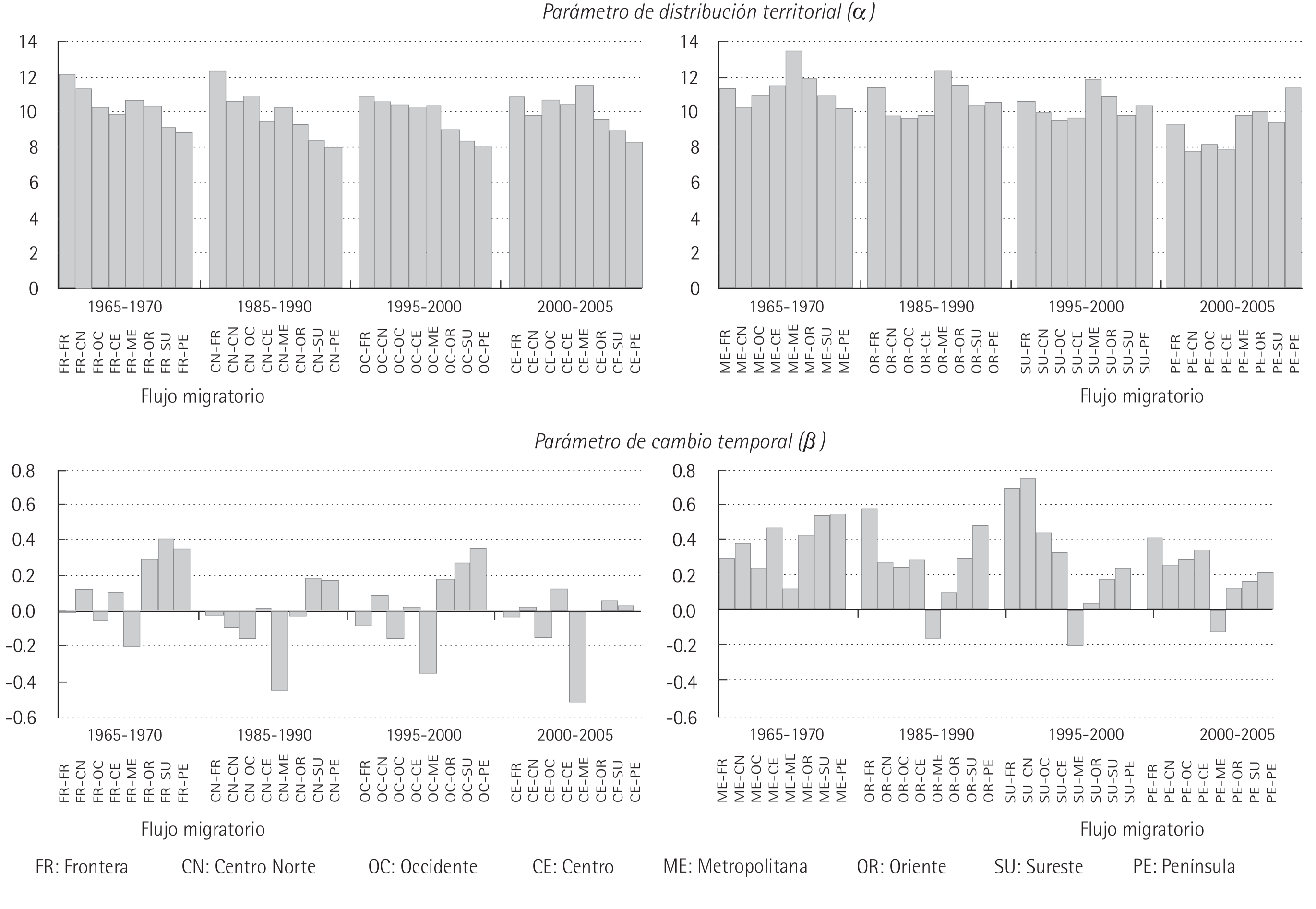
En cuanto a la velocidad de cambio (parámetro β_k), en el panel inferior derecho de la gráfica 10.2 destaca el rápido aumento de los emigrantes de Sureste hacia Frontera y Centro Norte, de Metropolitana hacia las otras siete regiones, y el veloz crecimiento de los flujos que se dirigen hacia Península. La pérdida de atracción de Metropolitana con respecto a las otras siete regiones es evidente, ya que el flujo que se dirige hacia ella procedente de las siete regiones muestra un gradiente negativo. Por un lado, el total de inmigrantes se reduce paulatinamente y, por el otro, el de emigrantes casi se duplicó de 1965-1970 a 1985-1990 para mantenerse ahí y disminuir en los albores del nuevo siglo, pero todavía por encima del monto registrado siete lustros atrás.

Si bien los emigrantes de Centro, Oriente y Sureste seleccionaron a Metropolitana como principal destino hasta las postrimerías del siglo XX, y los de Centro todavía en 2000-2005, la caída en el monto es realmente notable entre los dos lustros extremos, casi a la décima para quienes dejan Centro y a un tercio para quienes salen de Oriente y Sureste.[9]

Península, Sureste y Centro han surgido como nuevas preferencias de los potenciales migrantes internos de México. El total de llegadas hacia la primera más que se triplicó de 1965-1970 a 1995-2000, mientras que el monto de las otras dos se multiplicó 2.7 y 2.3 veces, respectivamente. Aun si se descuentan las mudanzas intrarregionales, no sólo prevalecen como los totales de migrantes de mayor crecimiento relativo, sino incluso aumenta la proporción (Península 3.4 veces, Sureste, 2.9 y Centro, 2.4).

[9] Incluso controlando por el descenso de 20% en la movilidad total del país entre 1965-1970 y 2000-2005, el monto del flujo en el último quinquenio sería de 14% con respecto al primer periodo en Centro, de 41% en Oriente y de 39% en Sureste.





Gráfica 10.2. Parámetros de distribución y cambio temporal del modelo aditivo-multiplicativo aplicado a los flujos migratorios interregionales, 1965-2005.

EL COLEGIO DE MÉXICO 70

La activación económica de Sureste, surgida del descubrimiento del campo marítimo de petróleo Cantarel (frente a las costas de Tabasco y Campeche) y de gas natural en la Reforma (en Chiapas, pero muy próximo a Villahermosa en Tabasco), así como el copioso desarrollo turístico del Caribe mexicano, principalmente en el norte de Quintana Roo, dan cuenta del acelerado crecimiento de quienes se dirigen hacia la región Península. Su influencia en las preferencias de los potenciales migrantes se ha concentrado en los procedentes de Metropolitana, Oriente y Sureste, pero no es tan marcada como en Frontera, a donde acuden de manera más copiosa los que parten de Centro Norte, Occidente, Centro, Metropolitana y Oriente.

Llama la atención que la corriente migratoria más dinámica sea aquella que se dirige de Sureste a Centro Norte (mayor β_k), porque la primera es de bienestar muy bajo y la segunda de bienestar bajo (véase el mapa 10.1), y uno espera que el mayor crecimiento en los flujos tenga lugar de las regiones menos desarrolladas hacia las más avanzadas. Los movimientos de Sureste a Centro Norte se multiplicaron más de 13 veces, al pasar de 3971 en 1965-1970 a 53435 en 1995-2000 (13 veces de 2179 a 28266 en hombres y hasta 14 veces de 1792 a 25169 en mujeres), con una tasa media anual de crecimiento de 8.7% (8.5 y 8.8%, respectivamente). De acuerdo con la información del Censo de Población de 2000, se sabe que la mayor parte del flujo se compone de jornaleros agrícolas que se asientan en los campos de alta rentabilidad del noroeste del país. En efecto, 76% de la población económicamente activa de Centro Norte en 2000 —que cinco años antes residía en Sureste— se desempeñaba como jornalero agrícola,[10] y 75% de los migrantes de Sureste hacia Centro Norte en el mismo quinquenio pertenecía a un hogar donde alguno de los migrantes trabajaba como jornalero agrícola. Vemos entonces cómo, aun dentro de condiciones adversas, la migración encuentra cabida como estrategia para asegurarse la supervivencia.

La progresiva pérdida de atracción de Metropolitana sobre Centro, Oriente y Sureste alentó el ascenso de los traslados de Centro Norte hacia Frontera como el flujo dominante a partir de 1985, y la creciente propensión a abandonar Metropolitana ha motivado cada vez más el éxodo de ahí hacia Oriente, de tal suerte que, una vez posesionado como el tercer inter-

[10] Formamos la categoría “jornalero agrícola” como la combinación de “jornalero o peón” (clave 2) en situación en el trabajo y “trabajadores en actividades agrícolas” (clave 410) en ocupación principal.



cambio más numeroso en las regiones en 1985-1990 y 1995-2000, pasó a ser el segundo en el umbral del nuevo milenio y en tercer sitio si se incluyen las transferencias interestatales dentro de la misma Metropolitana.

Aunque el monto global de los migrantes internos del país se mantuvo en continuo ascenso hasta el ocaso del siglo XX, el total de emigrantes de Centro Norte, Occidente y Centro disminuyó, debido en buena medida a que Metropolitana ha sido cada vez menos atractivo para ellos y han seleccionado a Frontera para su nuevo domicilio, donde probablemente han encontrado satisfechas sus demandas de empleo y bienestar, dado el rápido crecimiento económico surgido de la profusa instalación de industrias maquiladoras. Los emigrantes de Oriente y Sureste también han ido prefiriendo Frontera para asentarse.

En un sistema cerrado de regiones, como el que estamos utilizando, todas las zonas son de origen y de destino al mismo tiempo; cada flujo tiene un recíproco en la dirección opuesta, con lo cual es posible calcular la migración neta (inmigrantes menos emigrantes) para cada corriente. En el cuadro 10.2 se presentan los saldos netos migratorios para cada uno de los 56 flujos interregionales para los cuatro periodos considerados. Debido a la reciprocidad de los flujos migratorios entre cualesquiera dos regiones específicas, las matrices de origen y destino del cuadro 10.2 son simétricas, aunque con signos cambiados, pues si la región *A* tiene ganancia neta migratoria con respecto a la región *B*, ésta tiene una pérdida neta de la misma magnitud que aquélla. Este principio asegura que la suma de los saldos netos totales sobre todas las regiones sea cero (la suma de la última columna del cuadro 10.2). Los saldos netos migratorios se leen por renglón; así, por ejemplo, en 1965-1970, Frontera tiene ganancia neta con todas las regiones, excepto con Metropolitana que acusa pérdida.

Un rasgo interesante es que, en los cuatro quinquenios, una región tiene ganancia neta migratoria con las otras siete: Metropolitana en el primero y Frontera en los tres últimos. En cambio, Sureste pierde con todas las demás en los cuatro lustros.[11] La atracción de Metropolitana sobre Centro y Oriente durante la ISI era tan intensa que, en 1965-1970, la ganancia neta de Metropolitana con respecto a Centro (291 080), una sola región, superaba a la pérdida global de Centro Norte (287 870) con las otras siete regiones, y el superávit respecto de Centro (282 403) al incremento neto

[11] Nótese que es imposible que dos regiones o más tengan ganancia neta o que dos tengan pérdida con *todas* las demás regiones en el mismo quinquenio.



Cuadro 10.2. Migrantes netos interregionales, 1965-2005

Región de destino	*Frontera*	*Centro Norte*	*Occi- dente*	*Centro*	*Metro- politana*	*Oriente*	*Sureste*	*Península*	*Total*
				1965-1970					
Frontera		175 146	33 627	39 071	−29 005	5 625	4 892	1 130	230 486
Centro Norte	−175 146		−38 819	7 421	−79 542	−2 290	1 208	−702	−287 870
Occidente	−33 627	38 819		31 182	−42 048	2 105	2 236	244	−1 089
Centro	−39 071	−7 421	−31 182		−291 080	−4 794	5	−3 218	−376 761
Metropolitana	29 005	79 542	42 048	291 080		282 403	209 300	16 726	950 104
Oriente	−5 625	2 290	−2 105	4 794	−282 403		26 475	5 808	−250 766
Sureste	−4 892	−1 208	−2 236	−5	−209 300	−26 475		−8 429	−252 545
Península	−1 130	702	−244	3 218	−16 726	−5 808	8 429		−11 559
				1985-1990					
Frontera		171 642	28 904	41 947	80 940	46 732	28 334	165	398 664
Centro Norte	−171 642		−16 990	7 392	28 718	5 783	29 022	−422	−118 139
Occidente	−28 904	16 990		17 249	55 366	7 895	12 460	221	81 277
Centro	−41 947	−7 392	−17 249		76 260	5 825	11 698	−619	26 576
Metropolitana	−80 940	−28 718	−55 366	−76 260		27 486	55 916	−26 196	−184 078
Oriente	−46 732	−5 783	−7 895	−5 825	−27 486		19 570	−24 649	−98 800
Sureste	−28 334	−29 022	−12 460	−11 698	−55 916	−19 570		−21 804	−178 804
Península	−165	422	-221	619	26 196	24 649	21 804		73 304



				1995-2000					
Frontera		151 573	21 419	25 978	53 305	163 603	66 902	7 346	490 126
Centro Norte	−151 573		−7 865	1 129	12 888	7 236	47 541	−992	−91 636
Occidente	−21 419	7 865		8 400	28 933	9 477	12 186	−310	45 132
Centro	−25 978	−1 129	−8 400		69 139	10 289	12 817	−358	56 380
Metropolitana	−53 305	−12 888	−28 933	−69 139		15 549	41 316	−24 629	−132 029
Oriente	−163 603	−7 236	−9 477	−10 289	−15 549		7 191	−27 097	−226 060
Sureste	−66 902	−47 541	−12 186	−12 817	−41 316	−7 191		−22 596	−210 549
Península	−7 346	992	310	358	24 629	27 097	22 596		68 636
				2000-2005					
Frontera		83 363	8 107	12 688	35 340	84 078	58 397	7 149	289 122
Centro Norte	−83 363		−464	2 774	10 656	8 939	15 112	−598	−46 944
Occidente	−8 107	464		8 680	23 878	6 321	10 032	−368	40 900
Centro	−12 688	−2 774	−8 680		57 662	3 422	8 443	−847	44 538
Metropolitana	−35 340	−10 656	−23 878	−57 662		−45 685	22 451	−22 013	−172 783
Oriente	−84 078	−8 939	−6 321	−3 422	45 685		12 549	−13 904	−58 430
Sureste	−58 397	−15 112	−10 032	−8 443	−22 451	−12 549		−22 152	−149 136
Península	−7 149	598	368	847	22 013	13 904	22 152		52 733

Fuente: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1970, 1980 y 2000 y Conteo de Población de 2005.



acumulado de Frontera (230 486). La cuantiosa ganancia de Metropolitana en su intercambio conjunto con Centro, Oriente y Sureste era de tal magnitud que, si se omite, el superávit total de población en Metropolitana y el déficit en Sureste se reducirían casi a la sexta parte (167 321 y 43 245, respectivamente), mientras en Oriente el saldo total se habría tornado favorable en 31 637 personas.

En la transición de un modelo económico a otro (1985-1990), así como en la consolidación de la apertura comercial (1995-2005), el escenario es distinto: Metropolitana acusa pérdida con Frontera, Centro Norte, Occidente y, sobre todo, Centro, cuando con ésta antaño acusaba la mayor ganancia neta del sistema multirregional. La ganancia neta de Frontera sobre Centro Norte prevalece entre las más numerosas, y una vez agotado el ISI, surgen la de Metropolitana, Oriente y Sureste hacia Frontera, y de ésta hacia Centro. El acrecentamiento de población en Península, el otro polo de atracción emergente, se ha gestado casi totalmente en su intercambio con las más próximas Metropolitana, Oriente y Sureste.

En suma, Frontera ha sido la única región que ha mantenido saldos positivos a lo largo de los 40 años considerados, mientras que Centro Norte, Oriente y Sureste no han dejado de ver reducido el número de sus residentes por efecto de la migración interna.

LA INTENSIDAD DE LA MIGRACIÓN

Las medidas de intensidad pueden describir mejor el fenómeno que los montos absolutos, ya que cuantifican de manera adecuada la propensión de la población a desplazarse territorialmente. Veamos esto con un ejemplo. Considérese el quinquenio 1965-1970 en el cuadro 10.1. Las corrientes que se dirigen hacia Occidente procedentes de Frontera (30 260) y Metropolitana (32 374) y de Occidente a Centro Norte (33 751) son de magnitud similar; no obstante, representaban 0.39% de los residentes de Frontera al inicio del periodo, 0.31% para quienes habitaban en Metropolitana y 0.92% para aquellos que vivían en Occidente. Si bien no se puede negar la utilidad misma de las cifras absolutas, ya que conocer cuántas personas se mueven territorialmente permite anticipar la ubicación geográfica de las demandas de empleo, vivienda, servicios de salud y educación, entre otros, el enfoque de la intensidad es igualmente relevante, pues permite identificar en qué medida concurren las condiciones que propician la



migración. Las tasas de migración (promedio anual per cápita de movimientos) para los 64 flujos interregionales, los dos quinquenios extremos y por sexo, se presentan en el cuadro 10.3.[12]

En general, el cambio de modelo no sólo ha disminuido la intensidad en casi todas las corrientes migratorias, sino incluso ha cerrado las brechas.[13] En las regiones de mayor emigración total en 1965-1970 (Centro Norte, Centro, Metropolitana, Oriente y Sureste) se repite la pauta nacional de una mayor intensidad en la migración femenina que en la masculina, anotada con anterioridad (gráfica 10.1). Y aunque en la inmigración global también se verifica en cinco regiones (Centro Norte, Occidente, Centro, Sureste y Península), no son las de mayor acrecentamiento relativo, pero en Sureste sí son las mínimas. Entre los 64 flujos específicos, sin embargo, hay predominancia de intensidad masculina, ya que en 44 la tasa de hombres supera a la de mujeres.

La mayor intensidad de la movilidad masculina de fechas recientes, anotada para el total del país, se reproduce casi cabalmente en todos los casos en 2000-2005: apenas en ocho de los 64 movimientos interregionales y en la inmigración total hacia Metropolitana predomina la tasa femenina.[14]

La pérdida de atracción de Metropolitana se manifiesta, principalmente, en el desplome de la tasa de emigración de Centro hacia ella (de 13.2 a 0.7 por mil del primero al cuarto lustro en hombres y de 13.8 a 0.7 en mujeres) y en menor medida en la movilidad originada en Oriente (de 8.2 a 1.4 y de 9.6 a 1.5, respectivamente) y en Sureste (de 8.6 a 1.3 y de 9.6 a 1.4).

[12] Con el fin de uniformar las tasas de migración y hacerlas comparables en el tiempo, el espacio y entre los sexos se toman tasas brutas estandarizadas. Para ello utilizamos las tasas específicas por edad y como estructura etaria tipo aquella que resulta de la suma simple de las poblaciones nacionales de los censos de 1970, 1990 y 2000 y el conteo de 2005.

[13] Esto se puede ver en la progresiva disminución del coeficiente de variación (desviación estándar dividida por la media) de los 64 intercambios poblacionales, tanto para el total de personas (1.54, 1.32, 1.28 y 1.19 en los cuatro lustros considerados, respectivamente), como para los hombres (1.51, 1.31, 1.27 y 1.18) y las mujeres (1.58, 1.33, 1.30 y 1.20).

[14] Las ocho excepciones en los flujos interregionales son: Centro Norte hacia Occidente y Metropolitana; Centro hacia Centro y Metropolitana; Oriente hacia Metropolitana y Oriente; Sureste hacia Metropolitana; y Península hacia Oriente.



Cuadro 10.3. Tasas estandarizadas de migración interestatal por regiones y sexo, 1965-2005
(por cada mil habitantes)

Región de destino	*Región de origen* Frontera	Centro Norte	Occidente	Centro	Metropolitana	Oriente	Sureste	Península	*Inmigración**	*Migración neta*
					1965-1970					
					Hombres					
Frontera	4.67	9.62	3.40	2.25	0.81	0.61	0.37	0.52	15.70	5.83
Centro Norte	1.59	2.22	1.89	0.88	0.26	0.24	0.18	0.16	8.37	−11.42
Occidente	0.74	2.86	1.88	2.27	0.59	0.22	0.19	0.18	12.78	−0.33
Centro	0.37	0.50	1.37	0.97	0.59	0.25	0.28	0.11	5.22	−15.46
Metropolitana	1.88	3.89	4.06	13.22	9.53	8.19	8.64	2.59	29.60	16.38
Oriente	0.43	0.49	0.33	0.58	0.98	2.06	1.77	1.99	6.35	−6.06
Sureste	0.10	0.12	0.12	0.32	0.32	0.48	0.54	0.83	2.98	−9.64
Península	0.08	0.09	0.08	0.18	0.13	0.36	0.64	4.74	10.06	−1.07
Emigración	9.86	19.79	13.12	20.68	13.22	12.41	12.61	11.13	13.78	
					Mujeres					
Frontera	4.64	10.29	3.45	2.19	0.71	0.58	0.32	0.43	15.87	6.25
Centro Norte	1.51	2.17	1.71	0.78	0.21	0.24	0.14	0.13	7.91	−12.87
Occidente	0.74	3.10	1.87	2.35	0.55	0.21	0.17	0.18	12.67	−0.17
Centro	0.35	0.52	1.34	1.07	0.57	0.22	0.26	0.12	5.18	−16.00
Metropolitana	1.81	4.02	3.96	13.77	10.08	9.63	9.56	2.72	31.22	17.68
Oriente	0.41	0.49	0.34	0.56	1.01	2.12	1.84	2.05	6.54	−7.22
Sureste	0.08	0.12	0.11	0.29	0.30	0.46	0.47	0.73	2.71	−10.64
Península	0.07	0.07	0.06	0.16	0.11	0.30	0.59	4.47	9.14	−1.69
Emigración	9.62	20.79	12.84	21.18	13.54	13.76	13.35	10.83	14.22	



					2000-2005					
					Hombres					
Frontera	1.55	3.75	0.86	0.66	0.60	1.85	1.55	0.70	7.44	3.44
Centro Norte	0.81	0.52	0.88	0.27	0.22	0.26	0.43	0.08	5.06	–0.90
Occidente	0.29	0.80	0.69	0.61	0.38	0.21	0.31	0.14	4.95	1.09
Centro	0.21	0.24	0.53	0.58	0.83	0.23	0.28	0.11	4.26	0.98
Metropolitana	0.33	0.29	0.44	0.69	4.00	1.41	1.30	0.44	6.47	–1.69
Oriente	0.54	0.18	0.23	0.27	1.39	0.93	0.65	0.68	4.80	–0.84
Sureste	0.17	0.11	0.12	0.12	0.44	0.29	0.25	0.36	2.48	–2.92
Península	0.11	0.07	0.10	0.08	0.30	0.45	0.64	3.08	7.48	1.88
Emigración	4.00	5.97	3.86	3.28	8.16	5.64	5.39	5.60	5.53	
					Mujeres					
Frontera	1.43	3.58	0.79	0.57	0.52	1.61	1.24	0.53	7.01	3.24
Centro Norte	0.78	0.50	0.83	0.24	0.18	0.18	0.32	0.07	4.44	–1.32
Occidente	0.27	0.83	0.68	0.58	0.33	0.18	0.24	0.12	4.61	0.93
Centro	0.20	0.24	0.53	0.59	0.79	0.21	0.26	0.10	3.93	0.76
Metropolitana	0.31	0.30	0.43	0.75	3.89	1.52	1.40	0.42	6.59	–1.18
Oriente	0.52	0.17	0.22	0.26	1.36	0.95	0.65	0.68	4.59	–0.74
Sureste	0.15	0.09	0.10	0.11	0.41	0.27	0.22	0.31	2.14	–2.74
Península	0.10	0.06	0.09	0.07	0.27	0.41	0.56	2.88	7.01	1.92
Emigración	3.77	5.76	3.68	3.17	7.77	5.32	4.88	5.09	5.24	

*Se refiere a la tasa de migración interestatal para el conjunto del país en el renglón de emigración.
Nota: la diagonal principal se refiere a las tasas de migración interestatal dentro de la región.
Fuente: estimaciones propias con base en el Censo de Población de 1970 y en el Conteo de Población de 2005 (INEGI).



Cabe agregar que la notable reducción en la intensidad de la migración nacional mencionada arriba se reproduce cabalmente en la emigración e inmigración total de ambos sexos en las ocho regiones; no obstante, aumentó en 14 flujos en ambos sexos y en dos más en los hombres.[15]

MIGRACIÓN Y EDAD

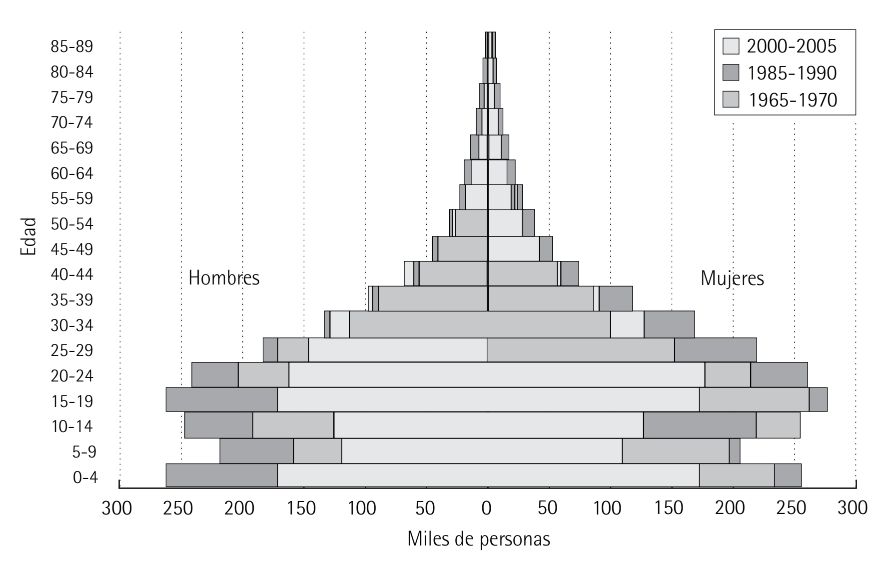
Dentro del esquema conceptual de la selectividad, otra característica que distingue a los migrantes de quienes no se mudan es el comportamiento por edad. La composición etaria de los migrantes se encuentra estrechamente vinculada al ciclo de vida de las personas y de los hogares, lo cual se aprecia, de manera general, en las pirámides de edades para el total de migrantes interestatales del país que se presentan en la gráfica 10.3 para tres quinquenios que consideramos representativos de las etapas del desarrollo económico del país: la ISI (1965-1970), la transición (1985-1990) y la globalización (2000-2005).

La concentración entre 15 y 29 años de edad en los dos sexos y los tres periodos refleja una movilidad territorial intensa en las edades cuando los individuos se independizan del hogar paterno o bien cuando comienzan a formar el propio; también incluye a quienes deben iniciar su vida laboral a edades tempranas para ayuda al sustento del hogar paterno, como es el caso de las empleadas domésticas.

En las etapas iniciales de la constitución de la familia predominan los hijos pequeños, ya que la duración de la unión aún es corta. Así, una parte importante de los migrantes la constituyen también los menores de cinco años de edad, pues son niños que migran con sus padres dentro de un esquema —presumiblemente profuso— de migración familiar. Conforme avanza la edad, la situación familiar y laboral de los individuos es más estable y, por lo tanto, los desplazamientos espaciales son menos frecuentes. En la etapa de la expansión de la familia, la menor migración se advierte también en los hijos, quienes se encuentran todavía en edades escolares y permanecen en el hogar paterno.

[15] Metropolitana hacia Centro, Oriente, Sureste y Península; Frontera hacia Oriente, Sureste y Península; Sureste a Frontera, Centro Norte y Occidente; Oriente hacia Frontera y Península; Occidente a Península; Península hacia Frontera en ambos sexos, y Oriente hacia Centro Norte y Sureste hacia Centro sólo en hombres





Fuente: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1970 y 1990 y Conteo de Población 2005.

Gráfica 10.3. Pirámide de edades del total de migrantes interestatales, 1965-2005.

En la fase de fisión-reemplazo, los progenitores son aún menos propensos a migrar, pero sus hijos comienzan a dejar el hogar, repitiéndose el ciclo de formación-expansión de nuevas familias. Los movimientos territoriales en las etapas de disolución del hogar y de envejecimiento son de menor monto e intensidad que en las fases anteriores y se asocian fuertemente al retiro de la actividad económica, sea para dejar la vida agitada de las ciudades buscando lugares más tranquilos para pasar los últimos años, sea para reunificarse con los hijos en búsqueda del sostén económico y afectivo del que carecen los adultos mayores.[16]

En la gráfica 10.3 destaca el cambio en la composición etaria de la migración con el paso del tiempo: los desplazamientos interregionales son más profusos en casi todas las edades en 1985-1990, excepto en los hombres de 35-44 años y 50-54 años en el lustro más reciente, y en los varones

[16] En un trabajo previo (Partida, 2003) se encontró que la migración es un vehículo frecuente de reunificación familiar en la vejez en nuestro país.



1965-1970

Tasa (por millar)

Hombres

Mujeres

Edad

1985-1990

Tasa (por millar)

Mujeres

Hombres

Edad

1995-2000

Tasa (por millar)

Mujeres

Hombres

Edad

2000-2005

Tasa (por millar)

Hombres

Mujeres

Edad

Fuente: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1970, 1990 y 2000 y Conteo de Población 2005.

Gráfica 10.4. Tasas de migración interestatal para el conjunto del país por edad y sexo, 1965-2005.



más pequeños y las mujeres de 10-14 años en el quinquenio más antiguo. La contracción más marcada entre el segundo y el último periodo considerados se observa antes de los 30 años de edad en ambos sexos, y en las mujeres se extiende hasta los 44 años, lo cual puede indicar que la migración familiar ha sido el tipo de migración que menos ha prevalecido en el tiempo.

El patrón por edad de las tasas de migración es similar al de los migrantes, ya que el perfil lo delinea más el numerador (los movimientos territoriales) que el denominador (la población total residente en la entidad federativa), lo cual se puede cotejar en la gráfica 10.4, donde se reproducen las tasas para el total de los desplazamientos interestatales, siendo ahora más evidente el vínculo con el ciclo de vida de las personas y de los hogares. Destaca el patrón más joven (recorrido hacia la izquierda) en las mujeres en los periodos extremos y la mayor intensidad de la movilidad territorial femenina en la vejez, excepto en las postrimerías del siglo XX; asimismo, el envejecimiento de la edad alta con el paso del tiempo, tanto en los hombres (23.3, 25.3, 24.5 y 25.1 años, respectivamente) como en las mujeres (19.6, 22.2, 22.0 y 23.4 años), y la disminución del intervalo intergeneracional en los primeros tres lustros (42.9, 34.8 y 32.3 años en hombres y 40.4, 30.8 y 29.4 años en mujeres), para repuntar levemente en el último (34.2 y 30.8 años, respectivamente).

Con el fin de agrupar los patrones en un número manejable de categorías, formamos tres conglomerados con la técnica estadística de las *k* medias (Anderberg, 1973). El promedio de cada uno de los conglomerados se presenta en la gráfica 10.5. Debido a la forma de cada una de las curvas y a la localización de la edad alta, denominamos a las tres pautas como "joven, media y vieja". En el primer conjunto quedaron ubicados 152 patrones, en el segundo, 175 y en el tercero, 185. En el cuadro 10.4 se presenta la clasificación para los dos periodos extremos, nuevamente con el fin de destacar los cambios entre etapas de "madurez" de los dos modelos económicos aludidos; en el cuadro se agrega la clasificación para la emigración y la inmigración globales.

La pauta nacional más envejecida masculina se reproduce en los dos lustros. En la emigración e inmigración total de ambos periodos, en todos los flujos, la pauta femenina fue más joven que la masculina ("joven" frente a "medio" o "joven" o "medio" frente a "viejo") o igual; y en los flujos específicos la tendencia ha sido más marcada con el paso del tiempo. En 1965-1970, en 28 desplazamientos la pauta masculina fue más vieja que la femenina y 35 años más tarde hasta en 57, incluso en 21 el contraste es extremo



Cuadro 10.4. Tipo de patrón de las tasas de migración por edad, según sexo, 1965-2005

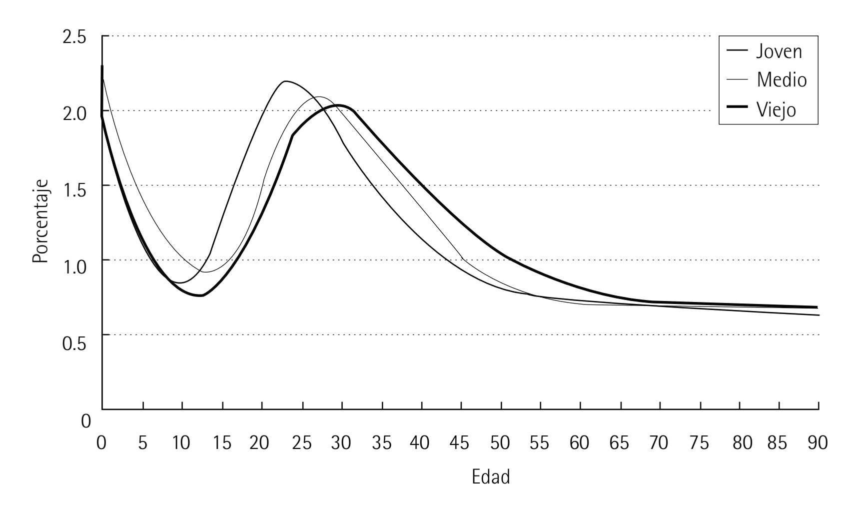
Región de destino	*Región de origen*								
	Frontera	*Centro Norte*	*Occidente*	*Centro*	*Metropolitana*	*Oriente*	*Sureste*	*Península*	*Inmigración**
				1965-1970					
				Hombres					
Frontera	Viejo	Joven	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Joven	Viejo
Centro Norte	Medio	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Medio	Viejo	Viejo	Viejo
Occidente	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Joven	Viejo
Centro	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo
Metropolitana	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Joven	Viejo
Oriente	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo
Sureste	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Medio	Viejo
Península	Medio	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo
Emigración	Medio	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo
				Mujeres					
Frontera	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Medio	Viejo
Centro Norte	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Medio	Medio	Joven
Occidente	Medio	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Medio	Joven	Viejo
Centro	Viejo	Medio	Viejo	Viejo	Joven	Medio	Joven	Joven	Viejo
Metropolitana	Viejo	Joven	Viejo	Joven	Joven	Joven	Joven	Joven	Viejo
Oriente	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Medio	Viejo	Joven	Viejo	Joven
Sureste	Viejo	Viejo	Joven	Joven	Viejo	Joven	Joven	Medio	Medio
Península	Medio	Joven	Medio	Medio	Medio	Joven	Medio	Viejo	Medio
Emigración	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Joven	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo



					2000-2005				
					Hombres				
Frontera	Medio	Medio	Viejo	Viejo	Viejo	Medio	Medio	Medio	Joven
Centro Norte	Medio	Medio	Medio	Viejo	Viejo	Medio	Joven	Viejo	Medio
Occidente	Viejo	Medio	Medio	Medio	Viejo	Viejo	Medio	Viejo	Medio
Centro	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Medio	Viejo	Viejo
Metropolitana	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Medio	Medio	Medio	Viejo	Viejo
Oriente	Medio	Medio	Viejo	Viejo	Medio	Medio	Viejo	Viejo	Medio
Sureste	Medio	Viejo	Medio	Viejo	Medio	Medio	Viejo	Medio	Viejo
Península	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Viejo	Medio	Medio
Emigración	Medio	Joven	Medio	Medio	Medio	Joven	Joven	Joven	Medio
					Mujeres				
Frontera	Joven	Joven	Medio	Medio	Medio	Joven	Joven	Joven	Joven
Centro Norte	Joven	Joven	Joven	Medio	Medio	Joven	Joven	Medio	Medio
Occidente	Joven	Joven	Joven	Joven	Medio	Joven	Joven	Medio	Joven
Centro	Medio	Medio	Medio	Joven	Medio	Medio	Joven	Viejo	Medio
Metropolitana	Medio	Medio	Medio	Medio	Viejo	Joven	Joven	Viejo	Medio
Oriente	Joven	Medio	Medio	Medio	Joven	Joven	Joven	Medio	Medio
Sureste	Joven	Joven	Medio	Medio	Joven	Joven	Medio	Joven	Medio
Península	Medio	Medio	Medio	Viejo	Medio	Medio	Joven	Joven	Joven
Emigración	Joven	Joven	Medio	Joven	Medio	Joven	Joven	Joven	Joven

*Se refiere a la tasa de migración interestatal para el conjunto del país en el renglón de emigración.
Nota: la diagonal principal se refiere a las tasas de migración interestatal dentro de la región.
Fuentes: estimaciones propias con base en INEGI, Censo de Población de 1970 y Conteo de Población de 2005.





Gráfica 10.5. Centros de los conglomerados para formar los patrones por edad tipo de la migración interna, 1965-2005.

(viejo frente a joven) en el primer lustro, pero sólo en seis en el último periodo; en 26 y seis, respectivamente, las pautas fueron iguales, y sólo en 10 y uno (el intercambio dentro de Metropolitana) la masculina fue más joven, en seis extremo (joven frente a viejo) en 1965-1970.

En general la tendencia en el tiempo es hacia el rejuvenecimiento, más marcado entre las mujeres. En los hombres, tanto en la emigración total como en la inmigración global hubo rejuvenecimiento del patrón o se mantuvo en el mismo tipo; en las mujeres sólo envejeció en la inmigración acumulada en Centro Norte y Oriente (última columna del segundo y último paneles del cuadro 10.4), y en la emigración agregada de Metropolitana (último renglón de los mismos paneles). Entre los flujos específicos, en 22 masculinos y hasta 35 femeninos se rejuveneció el patrón, en seis y hasta 24, respectivamente, con cambio extremo; en 29 de hombres y 14 de mujeres se mantuvo la pauta, y en los restantes 13 y 15 envejeció, en nueve y tres con transición extrema.

DESIGUALDAD SOCIAL Y MIGRACIÓN: UNA APROXIMACIÓN

Generalmente se acepta la hipótesis de que la migración se dirige de las regiones menos desarrolladas hacia las más desarrolladas, o bien, que los


EL COLEGIO DE MÉXICO

traslados son más cuantiosos de una región más atrasada en términos socioeconómicos hacia una entidad más avanzada que en la dirección opuesta. Para indagar sobre la veracidad de esa conjetura usamos el cociente de las tasas de migración como alternativa analítica, y lo contrastamos con la razón de los índices de bienestar utilizados en la construcción de nuestro sistema de ocho regiones (véase el mapa 10.1).[17]

De los 56 desplazamientos interregionales, sólo se consideran 28 intercambios, ya que si se invierte la dirección de los flujos se invierte la relación, pero se mantienen las condiciones que satisfacen el postulado.[18] La hipótesis se cumple satisfactoriamente en la mayoría de los casos, según se advierte en el cuadro 10.5; la proporción supera 75%, excepto en las mujeres del segundo quinquenio (71.4%). Si se toma el agregado de los cuatro periodos, el postulado se satisface en 173 (77.6%) de los 224 intercambios, en 88 (78.6%) de los 112 masculinos y en 85 (75.9%) de los femeninos.

Dado que Metropolitana ha sido históricamente la región con mayor bienestar, ya que contiene a la Zona Metropolitana del Valle de México, al tornarse en región expulsora en los años ochenta del siglo pasado, uno esperaría que fuera la región donde la hipótesis no se cumpliera en el mayor número de casos.[19] Si bien se rechaza la hipótesis en 11 canjes donde interviene Metropolitana (seis en hombres y cinco en mujeres), por encima de cuatro para Sureste (dos y dos, respectivamente), pero no tanto de ocho para Frontera (cuatro y cuatro) o 10 de Centro Norte (cuatro y seis) y Península (cinco y cinco).

[17] Sea M_{ij} la tasa de emigración de la región *i* hacia la región *j*; si el cociente M_{ij}/M_{ji} es mayor que uno la región *j* ejerce mayor atracción sobre *i* que ésta sobre aquélla; la conclusión opuesta se extrae si el cociente es inferior a la unidad. Denotemos por el IB_i índice de bienestar de la región *i* al final del lustro correspondiente, entonces la razón IB_j/IB_i indica la relación entre el bienestar de las dos regiones: si es mayor que uno hay más bienestar en *j* que en *i*, si es menor que uno el mayor bienestar se tiene en *i*. La hipótesis enunciada se cumple si ambas razones son mayores que uno o ambas menores a la unidad; no se satisface cuando un cociente es superior a uno y el otro inferior. Se omite la movilidad intrarregional por que no hay atracción o rechazo en ella.

[18] Por ejemplo, si ambos M_{ij}/M_{ji} y IB_j/IB_i son mayores que uno se cumple la hipótesis, pero como M_{ji}/M_{ij} y IB_i/IB_j son ambos menores que uno también se satisface la hipótesis.

[19] De acuerdo con los indicadores seleccionados, el índice de bienestar de Metropolitana perdió primacía en 2000-2005, pasando a ocupar el tercer lugar detrás de Occidente y Frontera.



Cuadro 10.5. Cocientes del índice de bienestar y de las tasas estandarizadas de migración interregional por sexo que cumplen o no con la hipótesis de relación directa, 1965-2005

		1965-1970		*1985-1990*		*1995-2000*		*2000-2005*	
Regiones		*H*	*M*	*H*	*M*	*H*	*M*	*H*	*M*
Frontera	Centro Norte	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Frontera	Occidente	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
Frontera	Centro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Frontera	Metropolitana	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí
Frontera	Oriente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Frontera	Sureste	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Frontera	Península	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro Norte	Occidente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Centro Norte	Centro	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro Norte	Metropolitana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro Norte	Oriente	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
Centro Norte	Sureste	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro Norte	Península	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Occidente	Centro	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Occidente	Metropolitana	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
Occidente	Oriente	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No



Occidente	Sureste	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Occidente	Península	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro	Metropolitana	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Centro	Oriente	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No
Centro	Sureste	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Centro	Península	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Metropolitana	Oriente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Metropolitana	Sureste	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Metropolitana	Península	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Oriente	Sureste	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Oriente	Península	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
Sureste	Península	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí cumplen con la hipótesis		21	21	22	20	24	23	21	21
No cumplen con la hipótesis		7	7	6	8	4	5	7	7
Total		28	28	28	28	28	28	28	28
Porcentaje que sí cumplen		75.0	75.0	78.6	71.4	85.7	82.1	75.0	75.0

Fuentes: estimaciones propias con base en INEGI, Censos de Población de 1970, 1990 y 2000 y Conteo de Población de 2005.



Oriente y Centro son las regiones donde la hipótesis se rechaza más a menudo, con 22 (nueve en hombres y 13 en mujeres) y 19 (10 y nueve), respectivamente. Este hecho pareciera deberse al paulatino cambio de rechazo a atracción en su intercambio con Metropolitana. No obstante que el saldo neto se volvió favorable a Oriente en el canje con la llegada del nuevo siglo y a Centro desde 1985-1990 (cuadro 10.2), la tasa de emigración de Oriente hacia Metropolitana ha sido mayor que en sentido contrario a lo largo del tiempo, mientras la relación con Centro se invirtió en hombres desde 1995 y en mujeres un lustro más tarde. Así, los únicos casos donde la hipótesis no se cumple son los masculinos en 1995-2005 y los femeninos del último lustro de Centro con Metropolitana. Paradójicamente, en los desplazamientos entre Oriente y Centro se rechaza el postulado en tres quinquenios para cada sexo (sólo se cumple en 1995-2000), lo cual se debe a que Oriente ha sido tradicionalmente más atractiva que Centro en el canje entre ambas, pero el nivel de bienestar ha sido mayor en Centro que en Oriente a lo largo de los 40 años considerados.

El único caso donde la hipótesis no se cumple en los cuatro lustros es en las mujeres que migran entre Occidente y Oriente; en hombres se rechaza en los periodos extremos. Es difícil aventurar alguna conjetura sobre este comportamiento, ya que la intensidad ha sido más alta entre los hombres (excepto en 1965-1970 cuando la tasa femenina de Occidente a Oriente fue superior) y los cocientes de tasas (con Occidente a Oriente en el numerador) de hombres superaron a los de mujeres en los cuatro periodos.

En otros tres intercambios al menos en tres de los quinquenios se rechaza la hipótesis: entre Oriente y Península en ambos sexos para los tres últimos periodos y las mujeres entre Centro Norte y Oriente hasta fines del siglo pasado. Llama la atención que aun con el profuso desarrollo turístico en el norte de Quintana Roo y el auge petrolero y de gas natural en el sur del Golfo de México, que propiciaron un mayor nivel de bienestar en Península que en Oriente desde los años setenta, la migración sea más intensa en términos relativos precisamente de la primera a la segunda que en la dirección opuesta.

En suma, los resultados se pueden considerar satisfactorios, ya que siendo un procedimiento tan simple como crudo para pretender captar la gran complejidad de los determinantes de la migración, una proporción nada despreciable de los intercambios interregionales de población cumplen con la hipótesis.



PREFIGURANDO EL FUTURO

Es difícil de imaginar cuál pudiera ser la orientación e intensidad de la migración interna de México en el futuro predecible. Diferentes simulaciones de prospectiva, principalmente en materia económica, arrojarán escenarios distintos de la migración interna. Por ejemplo, si se llegara a concretar el Plan Puebla-Panamá, la activación económica de Oriente y Sureste debiera propiciar una mayor migración entre y dentro de ambas regiones, así como con Península y, quizás en menor grado, con las otras cinco regiones consideradas en este trabajo. Si no llega a concretarse ese proyecto, la cancelación arancelaria de productos agropecuarios dentro del Tratado de Libre Comercio de América del Norte seguramente favorecerá aún más la movilidad de jornaleros agrícolas de Sureste hacia Centro Norte y Frontera, pues a la erosión de la tierra se sumarán las desventajas de una competitividad inferior frente a aquella de la agricultura de alta rentabilidad del norte de México, de Estados Unidos y de Canadá.

Los desplazamientos forzosos propiciados por los recurrentes desastres naturales o por levantamientos armados de guerrillas en buena parte se convierten eventualmente en migrantes definitivos, quienes en repetidas ocasiones quedan ubicados en los peldaños más bajos de la escala social en los lugares de destino ante la imposibilidad de retornar a sus lugares de origen. Es probable que este tipo de migraciones prolifere aún más en el futuro, ante el progresivo cambio climático del planeta.

En el ámbito familiar, hemos enunciado cómo la estructura etaria de los migrantes revela en buena medida un importante desplazamiento territorial de hogares completos, sobre todo en la etapa inicial de formación del núcleo doméstico. Dentro de las migraciones familiares, las de jornaleros agrícolas se pueden considerar perversas, dado el importante componente de trabajo infantil, que si bien es redituable en términos financieros para la familia, alienta el ausentismo escolar de los niños (Ramos, 2003), con las secuelas que ello conllevará en la vida adulta de esos infantes. Es preocupante que este fenómeno, en vez de disminuir, se acrecienta día con día.

Una migración emergente, y que parece se mantendrá en el futuro, es la del jefe con o sin su cónyuge, pero sin los hijos. No es fácil de identificar este patrón en las fuentes tradicionales de datos demográficos (censos y encuestas de hogares por muestreo), ya que sólo se capta la migración de manera retrospectiva y la información adicional recolectada no permite saber la situación de las personas en el pasado. Una forma de apreciar esta


EL COLEGIO DE MÉXICO

modalidad, de manera indirecta, se tiene al contrastar las pirámides de edad de la población en unidades geopolíticas menores.

Con base en el Censo de Población de 2000, ligamos la tasa de migración neta municipal con el cambio en el porcentaje que las personas de 20 a 39 años de edad representan del total de habitantes, para el quinquenio previo al levantamiento; se eligió ese rango etario ya que hay una presencia profusa de jefes de hogar y cónyuges con hijos aún presentes en el arreglo doméstico. Los coeficientes de correlación (0.651 para hombres y 0.673 para mujeres) muestran cierto grado de asociación entre ambas variables y las pendientes de 0.26 y 0.24, respectivamente, indican que por cada 1% que crece la población de un municipio por migración, las proporciones de hombres y de mujeres de 20 a 39 años, con respecto al total de habitantes, se incrementan en 0.26 y 0.24 puntos porcentuales, respectivamente. De este sencillo ejercicio se puede concluir, *ceteris paribus*, que la migración puede ser un determinante de la disolución familiar al favorecer el desplazamiento de las zonas de rechazo a las de atracción de personas de un grupo etario donde abundan los jefes de familia y sus cónyuges.

La migración reciente en México, más que ser un recurso que permita al individuo alcanzar el pleno desarrollo de sus capacidades, le conceda participar activamente en la sociedad, contribuir a ella y disponer de la libertad y las oportunidades para elegir el proyecto de vida deseado, se ha convertido probablemente en una de las causas de la desintegración familiar y sigue siendo la válvula de escape a las privaciones de la pobreza, quizá las más de las veces sin lograrlo, uno de los mecanismos para reproducir la arcaica explotación de los más por unos cuantos y para preservar la inequidad y la miseria. Es impostergable romper tal círculo vicioso en el corto y mediano plazo y convertirlo en uno virtuoso, donde la migración interna sea uno de los factores determinantes para la consecución del pleno desarrollo del país.

REFERENCIAS

Anderberg, M.R., 1973. *Cluster Analysis for Applications*. Nueva York, Academic Press.

Blau, P.M., y O.D. Duncan, 1967. *The American Occupational Structure*. Nueva York, John Wiley.

Gómez de León, J., 1990. Empirical EDA models to fit and project time series of age-specific mortality rates, *Discussion Paper* 50. Oslo, Central Bureau of Statistics.



INEGI, 1960 a 2000. *Censos de Población y Vivienda*. México.

INEGI, 2005. *II Conteo de Población y Vivienda*, 2005. México.

Partida, V., 2003. Migración en la vejez y reunificación familiar, en Consejo Nacional de Población, *Situación demográfica de México 2003*. México, pp. 117-131.

Partida, V., 2006. *Migración interna en México. Una perspectiva multirregional*, tesis de doctorado en Ciencias Políticas y Sociales con especialidad en Sociología. México, UNAM.

Ramos, J.A., 2003. *Oportunidades educativas de los pobres: el caso de la población jornalera agrícola migrante*, tesis de maestría en Desarrollo y Planeación de la Educación. México, UAM/Xochimilco.

Siegel, S., y N.J. Castellán, 2001. *Estadística no paramétrica*. México, Trillas.

Székely, M., 2005. *Pobreza y desigualdad en México entre 1950 y el 2004*. México, Secretaría de Desarrollo Social (Documentos de Investigación, 24).

Wilmoth, J., 1989. Fitting three-way models to two-way arrays of demographic rates, *Research Report*. University of Michigan, pp. 89-140.





EL COLEGIO
DE MÉXICO

11
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS

*Brígida García Guzmán**

CONTENIDO

Introducción 364
La población económicamente activa y sus transformaciones desde principios del siglo XX 365
Condiciones de trabajo 369
La población económicamente activa futura y los programas públicos de fomento al empleo 383
Consideraciones finales 387
Referencias 389

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*bgarcia@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

El crecimiento económico del país en las últimas décadas ha sido modesto y desigual. En lo que concierne al mercado de trabajo, el desempleo se ha mantenido bajo, pero la carencia de empleos con ingresos y otras condiciones de trabajo adecuadas sigue siendo muy acentuada. En este contexto, el propósito de este capítulo será, en primer lugar, dar cuenta de la evolución de la población económicamente activa (PEA) o fuerza de trabajo en los últimos lustros. Nos interesa puntualizar la proporción de personas que participa en la actividad económica del país, así como las transformaciones de la fuerza de trabajo según sectores de actividad como la agricultura, la industria y los servicios.

En un segundo apartado se hará énfasis en las condiciones de trabajo imperantes para la mano de obra masculina y femenina en términos de desempleo, permanencia del trabajo por cuenta propia y los micronegocios, pero también se abordará el creciente proceso de precariedad laboral. Para lo anterior se analizará la población activa con bajos ingresos, jornadas de trabajo parciales involuntarias, sin contratos de trabajo permanentes, sin protección social y sin ningún tipo de sindicalización. Este análisis se llevará a cabo para el nivel nacional y de las principales ciudades del país, buscando vincular diferentes tipos de estrategias de crecimiento industrial (por ejemplo, el fomento de las maquiladoras) o de expansión de los servicios (ampliación de la infraestructura turística) con el desempeño de los mercados de trabajo locales. Por su peso económico, demográfico y político, destacaremos lo ocurrido en la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, las tres principales áreas metropolitanas mexicanas.

En una tercera sección, nos acercaremos al crecimiento futuro de la PEA femenina y masculina, con base en ejercicios realizados que descansan en distintos supuestos sobre el crecimiento y estructura de la población total y económicamente activa (hasta alrededor de la mitad del siglo XXI). Como parte de este análisis de prospectiva, complementaremos la presentación de los escenarios posibles con un examen somero de las políticas de empleo vigentes hasta el momento. Como se sabe, dichas políticas han tenido hasta ahora un campo de acción restringido y lo que pretendemos es dejar clara la necesidad de buscar horizontes alternativos que lleven a enfrentar el reto de crear más y mejores empleos.



LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA Y SUS TRANSFORMACIONES DESDE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

Durante gran parte del siglo XX no contamos en México con registros sistemáticos y comparables de la población económicamente activa (población que participa en un momento determinado en la producción de bienes y servicios). No obstante, podemos aproximarnos a conocer su evolución por medio de las cifras que nos ofrecen los censos de población, aunque sabemos que éstas no siempre han sido recolectadas con los mismos criterios. En 1900 poco más de cuatro millones de personas de 15 años y más se declararon como habitualmente ocupadas; para 1970 se acercaban a 14 millones los mexicanos que habían ejercido algún tipo de actividad económica en la semana anterior al censo (Pacheco Gómez 2007).[1] En este periodo no sólo hubo más personas disponibles para trabajar producto del crecimiento poblacional, sino que un número progresivo de ellas logró su incorporación laboral como asalariados, en una etapa caracterizada por un crecimiento económico sostenido —especialmente entre 1950 y 1970—, conocida como el "milagro económico" mexicano. Se trató principalmente de una fuerza de trabajo compuesta por varones.

En la década de 1970 la población económicamente activa continuó incrementándose, pero la economía comenzó a entrar en crisis y el modelo de sustitución de importaciones mostró sus límites. En estos años la fuerza de trabajo asalariada no siguió aumentando al mismo ritmo que anteriormente (García, 1988). Asimismo, nuestros registros de población económicamente activa se vieron afectados por los problemas que presentó el censo poblacional de 1980, pero comenzaron a ganar terreno las encuestas urbanas y nacionales de empleo —Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU), Encuesta Nacional de Empleo (ENE) y, actualmente, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). En especial, a partir de 1991 hemos contado con estos instrumentos de recolección de información a nivel nacional de manera frecuente, lo cual nos permite dar pasos más firmes en el estudio de la población económicamente activa o fuerza de trabajo.[2] La ENE de ese año

[1] En los censos de población de la primera mitad del siglo XX sólo se registraba si la persona entrevistada estaba habitualmente ocupada; no es sino hasta 1950 cuando se adopta el concepto de población económicamente activa.

[2] Hoy se conoce como población económicamente activa (PEA) o fuerza de trabajo al conjunto de personas que participa en un momento determinado —usualmente la semana anterior al censo o encuesta— en la producción de bienes y servicios, ya sea



captó alrededor de 31 millones de activos, mucho más que el censo de 1990, y la diferencia se debió principalmente a la forma pormenorizada en que se registra la PEA en las encuestas, captando así una mayor cantidad y variedad de personas en diferentes tipos de actividades.

De 31 millones en 1991 llegamos a alrededor de 45 millones que conforman la PEA en 2009, según la misma fuente de información (encuestas de empleo). Para los fines de este capítulo interesa señalar ese importante incremento, pero sobre todo conocer sus rasgos más importantes (composición por edad, según condición de hombre o mujer, distribución por sectores económicos, y en un momento subsecuente abordar las condiciones de trabajo). Hemos mencionado que la PEA está conformada por personas que se vinculan con el mercado laboral de muy diferentes maneras (asalariados, trabajadores por cuenta propia, patrones, familiares no remunerados), las cuales pueden participar económicamente por pocas horas o trabajar muchas más durante varios o todos los días de la semana.

Los hombres continúan siendo el principal componente de la fuerza de trabajo y los principales proveedores de las familias mexicanas. No obstante, las mujeres en tanto jefas de hogar, esposas o hijas han aumentado de manera importante su participación laboral en los últimos años. Las tasas de participación masculinas (proporción que representa la PEA masculina dentro de la población total del mismo género en edad de trabajar) se han mantenido o incluso descendido desde comienzos del siglo XX, y en cambio las femeninas se han incrementado sistemáticamente (cuadro 11.1).

El comportamiento de las tasas de participación económica para los varones se suele atribuir al alza en los niveles de escolaridad y de jubilación (lo cual afecta las proporciones de activos jóvenes y de edad madura, respectivamente). En el caso de las mujeres también influye la prolongación de la edad escolar, pero concurren muchos otros factores que contrarrestan este efecto y que las han impulsado al mercado laboral. Existe en la actualidad mayor creación de puestos de trabajo en el comercio y los servicios que dan cabida a las mujeres y ellas se autoemplean o trabajan en los micronegocios familiares de manera creciente. A lo anterior habría que añadir factores tales como el descenso de la fecundidad, el cual influye en la progresiva incorporación femenina en el mercado de trabajo. Las mujeres eco-

---

como asalariado(a), patrón(a), trabajador(a) por cuenta propia o trabajador(a) familiar no remunerado(a).



Cuadro 11.1. Población total, población económicamente activa y tasas de participación económica para hombres y mujeres

Año	*Población total (miles)*	*Población económicamente activa (miles)*	*Tasas de participación económica masculina*[1]	*Tasas de participación económica femenina*[1]
1979	64 773	19 177	71	21
1991	82 888	31 229	78	31
2000	98 658	40 162	78	36
2006	104 748	43 575	74	39

[1] Proporción que representa la población económicamente activa dentro de la población total de 12 años y más.
Fuente: Encuestas Nacionales de Empleo, INEGI.

nómicamente activas han aumentado su presencia en muchas partes del mundo, incluyendo por supuesto los países latinoamericanos. En varios de ellos hoy se observan tasas de participación económica femeninas incluso mayores a las mexicanas y la cifra correspondiente al conjunto de nuestro continente es de 50% (CEPAL, 2006).

Además de los incrementos totales, habría que señalar que en el caso femenino se ha observado una transformación importante en los patrones de participación económica por edad. A principios de los años setenta eran principalmente las mujeres jóvenes y solteras las que participaban laboralmente (Rendón y Pedrero, 1976). A partir de entonces se han registrado aumentos en la actividad económica de las mujeres casadas y con hijos, y en las décadas de 1990 y 2000 las mayores tasas de participación femenina se presentan entre los 35 y 44 años (datos de las encuestas de empleo). Ha tenido lugar entonces un cambio muy importante y hoy las mujeres mexicanas combinan en mayor medida la maternidad con el trabajo fuera de sus actividades domésticas. Es cierto que en numerosas ocasiones esas tareas domésticas impiden a las mujeres comprometerse de tiempo completo con el mercado de trabajo y ellas mismas suelen evaluar como secundaria su participación laboral o la llevan a cabo en función de sus responsabilidades familiares (García y Oliveira, 1994). Sin embargo, lo anterior no debe llevarnos a soslayar que el resultado sea una sobrecarga de trabajo femenino, la cual ha sido comprobada en el caso de nuestro país mediante la información recolectada en las encuestas de empleo y en las de uso del tiempo (Oliveira, Ariza y Eternod, 1996; Inmujeres, 2005).



Los cambios según sectores económicos: agricultura, industria, comercio y diferentes tipos de servicios se presentan en el cuadro 11.2. En este renglón también se han observado transformaciones de gran trascendencia a lo largo del siglo XX y comienzos del XXI, las cuales han acompañado las distintas estrategias de desarrollo económico.

La fuerza de trabajo agrícola ha ido progresiva y sistemáticamente perdiendo importancia, tanto en términos relativos como absolutos (cuadro 11.2). Se trata de una tendencia conocida de urbanización de la estructura económica que se ha experimentado mundialmente, la cual ha estado acompañada por grandes corrientes migratorias hacia las ciudades y, en el caso mexicano, también hacia Estados Unidos. Asimismo, interesa remarcar que en el periodo de desarrollo por sustitución de importaciones y en la etapa posterior de orientación hacia el mercado externo, el apoyo estatal en México y las nuevas inversiones privadas han estado más orientadas a la industria y, luego, hacia el comercio y los servicios. Una de las características de la vida rural mexicana (y latinoamericana) en la actualidad es el incremento de las actividades no agrícolas, lo cual constituye una de las razones por las que se habla del surgimiento de una "nueva ruralidad" (Grammont, 2004).

Por su parte, la evolución de la PEA industrial ha estado sujeta a diferentes tipos de vaivenes (cuadro 11.2). Hasta 1970 su incremento es indiscutible y se ha demostrado que este sector absorbió importantes contingentes de mano de obra durante este periodo de sustitución de importaciones (García, 1988). A partir de la década de 1980 el impulso a la industria maquiladora ha constituido uno de los puntales de la estrategia de crecimiento económico con orientación exportadora, por lo que dicha industria se ha ampliado considerablemente, aunque ha tenido sus altas y sus bajas. Este ha sido un factor crucial para mantener la importancia de la fuerza de trabajo industrial mexicana, la cual es mayor en términos relativos que la de varios países latinoamericanos (CEPAL, 2006). Las maquiladoras han constituido un importante espacio para la mano de obra femenina, aunque en años recientes se ha documentado un proceso de masculinización de dicha industria (Carrillo y De la O, 2003).

Finalmente, la expansión del sector terciario es hoy uno de los fenómenos más relevantes para la mano de obra mexicana de ambos géneros (aunque las mujeres siempre han estado más representadas en este sector). Se trata de un espacio económico muy heterogéneo, razón por la cual no siempre es fácil conocer a fondo el significado de la "terciarización" (creciente importancia del comercio y los servicios) de la economía y la fuerza



Cuadro 11.2. Población económicamente activa, por sectores económicos[1]
(porcentajes)

Año	*Primario*	*Secundario*	*Terciario*
1979	29	28	43
1991	27	23	50
2000	18	27	55
2006	14	26	60

[1] Sector primario: agricultura, caza y pesca; sector secundario: industria extractiva, manufactura, electricidad y construcción; sector terciario: comercio y distintos tipos de servicios.
Fuente: INEGI, Encuestas Nacionales de Empleo.

de trabajo. En el sector terciario tienen cabida, por un lado, actividades formalmente establecidas, como los servicios al productor (financieros, profesionales) y muchos de los servicios sociales (educación, salud). Sin embargo, también están aquí representadas las actividades frecuentemente desarrolladas por cuenta propia (comercio al por menor, servicios personales), las cuales generalmente son de baja productividad y proporcionan magros ingresos.

El comercio ha ido ganando mucha importancia desde mediados del siglo XX y lamentablemente gran parte de dicho aumento se debe a las actividades del comercio al por menor (casi 20% de la fuerza de trabajo se dedicaba al comercio en 2006 y 17% al comercio al por menor). Entre los servicios, son importantes en términos de fuerza de trabajo los sociales (8%), los correspondientes a restaurantes y hoteles (6%), y los servicios profesionales, financieros y corporativos (5.6%) (cifras de la ENOE, 2006).

CONDICIONES DE TRABAJO

Es usual comenzar haciendo referencia al desempleo abierto para indicar las carencias que se presentan en los mercados de trabajo.[3] En el caso de México, dicho indicador suele alcanzar niveles bajos, y en el contexto de

[3] Profundizamos en el análisis de las condiciones laborales con base en la información correspondiente a mediados de la década de 2000; sin embargo, a lo largo de esta sección también nos referimos a su evolución en el pasado reciente en el ámbito nacional y de las principales ciudades. Las ciudades a las que haremos referencia son aquellas actualmente (2008) incluidas en la ENOE.



América Latina el desempleo mexicano es uno de los más reducidos (CEPAL, 2006). La tasa de desempleo (proporción que representan los desocupados dentro de la población económicamente activa) fue de 3.6% en 2006; 3.7% en 2007 y una cifra similar en 2008 (información de la ENOE). Se conjetura de manera frecuente que estos bajos niveles de desempleo en México tienen su origen en problemas de definición y/o captación, así como en la inexistencia de un seguro de desempleo de alcance nacional.[4] Además de estos aspectos, algunos autores argumentan que para profundizar en este fenómeno habría que sopesar también la importancia que se otorga en México a tener un empleo protegido y estable, frente a la posibilidad más inmediata de generar ingresos mediante los pequeños negocios. Esta última es una estrategia y tradición cultural muy arraigada en nuestros sectores pobres, la cual lleva generalmente a incrementar el número de ocupados, pero en condiciones muy deficitarias (Bayón, 2006).

La circunstancia que se presenta con respecto al desempleo ha llevado a los distintos tipos de estudiosos de los mercados de trabajo en México a concentrarse en fenómenos de mayor alcance, como son la persistencia y/o ampliación de la "informalidad". Los análisis han hecho eco de las formas más frecuentemente planteadas para cuantificar este fenómeno, ya sea por medio de la referencia a los micronegocios y al trabajo por cuenta propia, o también profundizando en la falta de regulación laboral en lo que toca a la ausencia de prestaciones sociales. Desde mediados de los años noventa consideramos que se fue haciendo cada vez más evidente que los informales o los marginales no estaban solos al enfrentar condiciones desfavorables, y que los empleos que se consideraban protegidos o formales en la industria, el comercio y los servicios también estaban sufriendo transformaciones de diversos tipos. Así creció el interés por explorar la "calidad" de todas las ocupaciones o, más específicamente, el grado de "precariedad" imperante por medio de indicadores sobre ingresos, jornadas de trabajo irregulares, inexistencia de protección social y de contratos de trabajo, principalmente. En los cuadros 11.3 y 11.4 presentamos el desglose de varios de estos indicadores en el ámbito nacional y de las principales ciudades del país.

En primer lugar consideramos los "micronegocios (no agrícolas) precarios". Durante las últimas décadas se ha hecho mucho hincapié en la hete-

[4] En este contexto habría que recordar que en las encuestas de empleo se privilegia el desempeño de cualquier actividad económica a partir de una hora, y ésta es otra razón por la cual la cantidad de desocupados es relativamente reducida.



rogeneidad de nuestros mercados laborales en cuanto a formas de producir y de prestar servicios y sigue llamando la atención la persistencia de los trabajadores no asalariados y de aquellos que laboran en establecimientos pequeños (además de las trabajadoras domésticas), donde se supone que imperan las peores condiciones laborales (perspectiva de la informalidad). Ahora bien, también es cierto que no todos los pequeños negocios o establecimientos en la actualidad están ligados a la economía de la pobreza (Pérez Sáinz, 1998), razón por la cual consideramos acertado incluir otros criterios para identificar los más precarios, como es la inexistencia de contratos, prestaciones o de un registro ante las autoridades hacendarias.[5] En el segundo trimestre del año 2006, aproximadamente un tercio de la población ocupada masculina se ubicaba en estos micronegocios precarios en todo el país y, en el caso femenino, tenemos una cifra aún más elevada (41%) (cuadros 11.3 y 11.4). La población activa total en micronegocios precarios ha seguido una tendencia ascendente en los últimos años (García, 2008).

Un segundo indicador que habremos de tener en cuenta se refiere a los "ingresos percibidos por los trabajadores", en el país y en las ciudades objeto de estudio. Como se sabe, la preocupación por los bajos ingresos está presente en viejos y nuevos esquemas de interpretación sobre la situación laboral que nos caracteriza y se trata de una dimensión analítica que favorecen, sobre todo, los estudios de corte económico. Aunque sería relevante conocer la tendencia seguida por los bajos y altos ingresos (además de la creciente diferencia entre ellos), en aras de ofrecer una visión más sintética nos hemos inclinado por analizar la "mediana" de los ingresos por hora.[6] El indicador elegido es la proporción de trabajadores que percibe remuneraciones por debajo de la mediana nacional. Con esta medida es posible comparar todas las ciudades contra el mismo patrón nacional, lo cual es más preciso que establecer estándares más o menos arbitrarios, como sería la percepción de uno o dos dólares al día, que suele proponer el Banco Mundial y otros organismos internacionales.

La mediana de los ingresos en el ámbito nacional, en el caso de los varones, fue de 18 pesos por hora en el segundo trimestre de 2006. Para las

[5] Los micronegocios así definidos son a veces identificados como el "sector no estructurado" de los mercados de trabajo urbanos (INEGI, 2004).

[6] El conjunto de observaciones menores o iguales que la "mediana" representa 50% de los datos y los que son mayores, el otro 50%. En el caso de los ingresos, no utilizamos la "media" porque la posible existencia de alguna(s) remuneraciones muy altas (o muy bajas) puede sesgar la estimación de esta medida de tendencia central.



Cuadro 11.3. Diversos indicadores sobre condiciones de trabajo en hombres, 2006
(porcentajes)

Total nacional y ciudades	*Ocupados en micronegocios precarios*[1]	*Con ingresos bajos*[2]	*Jornada parcial involuntaria*[3]	*Sin ningún tipo de prestación*[4]	*Sin contrato permanente*	*No sindicalizados*[5]
Total nacional	31.1	50.0	19.1	60.8	73.6	90.6
Ciudad de México	38.9	39.1	14.9	54.1	66.6	89.2
Guadalajara	35.4	21.4	17.0	44.8	63.2	88.8
Monterrey	23.2	22.3	15.4	33.0	54.4	84.8
Acapulco	43.0	50.7	15.6	58.1	69.0	86.1
Aguascalientes	28.4	33.2	15.9	43.6	65.0	90.4
Campeche	28.3	49.8	18.8	45.9	59.7	87.3
Cancún	27.4	27.3	8.8	45.0	64.0	86.9
Colima	31.6	22.7	16.7	35.2	47.8	87.3
Cuernavaca	42.4	30.2	12.2	48.9	62.2	88.9
Culiacán	31.6	32.7	20.3	58.7	72.9	90.2
Chihuahua	20.1	25.8	12.4	46.4	67.6	91.5
Durango	33.8	47.1	14.4	45.4	58.6	88.4
Hermosillo	20.6	24.3	16.9	39.0	51.4	86.1
La Paz	23.3	25.3	14.2	40.0	60.7	84.8
León	32.6	26.7	11.1	44.0	72.0	97.0



Mérida	30.6	49.8	17.9	41.1	59.9	89.0
Morelia	41.1	24.3	20.7	58.6	70.0	87.5
Oaxaca	37.4	25.3	16.9	57.9	70.1	85.7
Pachuca	33.8	26.7	19.2	51.3	65.2	85.0
Puebla	36.8	49.8	16.6	56.2	68.9	89.5
Querétaro	28.9	24.3	15.9	43.5	61.3	86.5
Saltillo	22.7	25.3	13.2	35.7	51.9	76.8
San Luis Potosí	29.3	26.7	15.9	43.6	61.7	82.2
Tampico	31.0	49.8	14.8	44.8	65.5	87.5
Tepic	34.1	24.3	20.6	49.1	69.8	84.5
Tijuana	32.9	25.3	8.3	47.9	57.6	95.5
Tlaxcala	42.4	26.7	27.1	67.7	80.0	86.4
Toluca	35.7	49.8	14.1	52.0	62.4	84.5
Tuxtla Gutiérrez	34.3	24.3	16.9	52.0	60.7	90.0
Veracruz	31.5	25.3	12.1	45.3	66.4	86.2
Villahermosa	27.5	26.7	11.9	44.5	55.6	87.6
Zacatecas	23.1	49.8	18.7	42.7	63.5	79.9

[1] Población ocupada en establecimientos pequeños (1-5 trabajadores en comercios, servicios y 1-16 en la industria) que no tienen nombre o razón social o que, aun teniéndolo, no cuentan con contratos ni prestaciones; [2] ingresos por hora menor a la mediana nacional masculina (18pesos de 2006); [3] menor a 35 horas semanales; [4] sin acceso a prestaciones sociales (aguinaldo, vacaciones, reparto de utilidades, crédito para vivienda y otros) ni atención médica; [5] no pertenece a ningún sindicato.

Fuente: ENOE, 2006, segundo trimestre.



Cuadro 11.4. Diversos indicadores sobre condiciones de trabajo en mujeres, 2006
(porcentajes)

Total nacional y ciudades	*Ocupupadas en micronegocios precarios*[1]	*Con ingrasos bajos*[2]	*Jornada parcial involuntaria*[3]	*Sin ningún tipo de prestación*[4]	*Sin contrato permanente*	*No sindicalizadas*[5]
Total nacional	41.0	50.0	36.3	56.9	71.0	87.2
Ciudad de México	41.4	36.0	32.7	52.3	65.6	86.6
Guadalajara	38.0	26.0	33.8	43.1	63.0	87.7
Monterrey	28.5	23.6	31.9	35.1	57.7	82.6
Acapulco	42.2	49.1	27.6	56.9	67.6	81.8
Aguascalientes	27.9	29.7	35.0	38.8	60.9	85.7
Campeche	34.2	48.3	39.1	45.7	62.3	82.8
Cancún	32.1	30.3	25.8	45.1	65.6	89.4
Colima	30.5	34.2	40.1	45.6	56.2	79.4
Cuernavaca	43.1	35.9	26.8	56.7	73.5	87.6
Culiacán	35.1	31.0	37.9	43.6	64.8	84.6
Chihuahua	15.9	28.2	24.9	24.8	38.4	83.8
Durango	30.4	41.2	32.8	42.0	53.9	80.4
Hermosillo	26.6	28.2	33.5	37.9	50.8	79.7
La Paz	24.4	28.0	30.7	34.9	54.2	78.7
León	37.4	36.6	25.3	46.2	70.8	94.4



Mérida	37.1	45.4	39.0	44.8	63.6	86.3
Morelia	40.6	32.1	41.1	52.8	65.0	81.0
Oaxaca	42.9	41.1	33.2	61.4	70.3	81.8
Pachuca	34.6	34.7	35.4	46.4	63.2	80.9
Puebla	37.1	41.9	32.7	56.2	68.5	87.8
Querétaro	30.0	30.3	31.5	43.7	63.8	84.0
Saltillo	31.5	34.1	33.5	41.1	59.3	79.8
San Luis Potosí	32.5	37.9	35.1	44.1	64.3	77.5
Tampico	36.6	45.8	31.3	49.8	66.6	90.1
Tepic	38.6	36.9	39.7	49.1	67.9	78.6
Tijuana	27.3	17.7	17.1	38.7	49.0	92.6
Tlaxcala	48.5	48.7	40.9	69.5	80.1	83.8
Toluca	35.9	42.2	26.7	47.3	60.9	80.7
Tuxtla Gutiérrez	44.8	50.0	35.9	56.5	67.0	88.0
Veracruz	38.1	45.6	30.2	49.3	67.5	86.2
Villahermosa	30.7	38.4	28.9	39.9	51.5	85.7
Zacatecas	21.8	32.1	31.8	41.5	61.5	73.6

[1] Población ocupada en establecimientos pequeños (1-5 trabajadores en comercios, servicios y 1-16 en la industria) que no tienen nombre o razón social, o que aun teniéndolo no cuentan con contratos ni prestaciones; [2] ingresos por hora menor a la mediana nacional femenina (17pesos de 2006); [3] menor a 35 horas semanales; [4] sin acceso a prestaciones sociales (aguinaldo, vacaciones, reparto de utilidades, crédito para vivienda y otros) ni atención médica; [5] no pertenece a ningún sindicato.

Fuente: ENOE, 2006, segundo trimestre.



mujeres fue de 17 pesos por hora en el mismo periodo (datos de la ENOE). Estas cifras hacen patente la magnitud de los bajos salarios en México. En este contexto es útil recordar que a comienzos de la década del 2000 se observaron ligeros aumentos en las remuneraciones; sin embargo, los rezagos de décadas pasadas son de consideración y los ingresos promedio todavía se encuentran lejos de poder garantizar una vida digna (De la Garza Toledo, 2006a).

La "jornada parcial involuntaria" es el tercer indicador que consideramos pertinente incluir. Se trata de un aspecto que ha recibido siempre atención en esquemas conceptuales, como el subempleo, y en la actualidad sigue despertando interés porque puede ser un componente de los denominados empleos "atípicos", que han crecido con la flexibilización laboral en marcha. Aproximadamente una quinta parte de los varones en el país trabajan jornadas parciales de forma involuntaria y la cifra correspondiente en el caso de las mujeres asciende a 36%. Es conocido que ellas trabajan en forma parcial de manera más frecuente que los varones, lo cual se debe a sus responsabilidades desigualmente establecidas en torno a las tareas domésticas y reproductivas. No obstante, llama la atención el tamaño de las diferencias encontradas entre los géneros cuando se trata de jornadas parciales involuntarias. Este dato —y las mayores tasas de desempleo abierto femenino— nos indican que las mujeres mexicanas están buscando activamente tener una presencia bastante más pronunciada de la que ya tienen en los mercados de trabajo del país. No existen suficientes estudios en México sobre el grado de precariedad que caracteriza estas ocupaciones de tiempo parcial, por lo que será importante analizar este indicador en relación con los demás en el ámbito nacional y local.

Los últimos tres indicadores (ausencia de prestaciones, de contratos permanentes y de sindicalización) despiertan un interés creciente entre los estudiosos de las condiciones laborales. Aun en condiciones de dinamismo económico y de descenso de los niveles de desempleo (como el que caracterizó a América Latina en los años 2003-2006), se ha documentado la precarización en lo que respecta a prestaciones y contratos (CEPAL, 2006; OIT, 2006). Por su parte, es conocido el descenso en el poder de negociación de los sindicatos en la etapa actual, así como la importancia que le han atribuido organizaciones como la OIT a la promoción del diálogo social en el marco de su agenda de promoción del trabajo decente (o digno) (Anker *et al.*, 2003; Ghai, 2003). Nuestros indicadores en estos casos bus-



can maximizar las diferencias entre la población económicamente activa en lo que toca a las distintas dimensiones: "sin ningún tipo de prestación" indica que no se cuenta con ninguna prestación social (aguinaldo, vacaciones pagadas, reparto de utilidades, crédito para vivienda y otros) ni con atención médica; "sin contrato permanente" significa que no se tiene ningún tipo de contrato o es sólo verbal o temporal (pero en ningún caso se cuenta con la seguridad de un contrato indefinido); por último, los "no sindicalizados" son aquellos que declaran no pertenecer a ningún tipo de sindicato.[7]

Una elevada proporción de la fuerza de trabajo del país se encontraba en 2006 en la situación de ausencia de prestaciones (61% de los varones y 57% de las mujeres), sin contratos permanentes (74 y 71%, respectivamente) y no sindicalizados (91 y 87%).[8] Sorprende encontrar que la fuerza de trabajo femenina se ubique ligeramente por encima de la masculina en lo que respecta a prestaciones, contratos y sindicalización. En otros trabajos también se ha encontrado esta mejor ubicación de las mujeres en lo relativo a prestaciones y contratos en algunos sectores del mercado de trabajo (García y Oliveira, 2001), lo cual se debe a que ellas se ubican más que los hombres en establecimientos medianos y grandes en algunos tipos de industrias y en servicios educativos y de salud (públicos y privados). Habrá que seguir profundizando en estas diferencias entre géneros, pero ahora incorporando los datos sobre sindicalización.

Si ahora centramos nuestra atención en lo que ocurre en el ámbito de las ciudades, podremos comprobar que varios centros urbanos norteños cuentan con las mejores condiciones de trabajo en el país (en términos relativos). En el caso masculino sobresalen en esta dirección ciudades como Saltillo, Monterrey, Chihuahua, Hermosillo y La Paz. En el caso femenino el panorama se presenta un poco más heterogéneo. Chihuahua destaca entre los primeros lugares, pero también aparecen en buena posición Tijuana

[7] La ENOE incluye una pregunta sobre pertenencia a sindicatos que no había sido considerada en otras encuestas de empleo en el país. Se trata de una pregunta difícil porque el sindicato no siempre es una institución transparente y conocida por los trabajadores en el caso mexicano (De la Garza, 2006b). No obstante los problemas, algunos autores indican que México es un país con alta densidad sindical en América Latina (Ros, 2005).

[8] Aunque estos indicadores se aplican más a la fuerza de trabajo asalariada, en nuestro caso incluyen también a los trabajadores no asalariados (agrícolas y no agrícolas), pues estamos interesados en ofrecer un panorama general de lo que ocurre en los niveles nacional y urbano.



y Zacatecas, y en cambio Saltillo no está tan bien situado.[9] Muchos de estos contextos (junto con Ciudad Juárez, que hasta el momento de este análisis no ha sido incluida en la ENOE) han sido identificados por diversos autores como ciudades con mayor dinamismo económico desde la década de los noventa.

En el caso de Chihuahua, destaca el porcentaje de ocupados en micronegocios precarios, el cual es el más bajo en todo el espectro urbano nacional, tanto en el caso de la mano de obra masculina como femenina.[10] Este centro urbano también está bien ubicado en lo que respecta a ingresos, pero el nivel de sindicalización masculino es bajo. Por cierto que la reducida actividad sindical en la ciudad se presenta oficialmente como uno de sus principales atractivos, junto con otros aspectos como la alta disponibilidad y calidad de sus servicios logísticos, legales y de recursos humanos (Ayuntamiento de Chihuahua, 2008).

Monterrey es también una de las ciudades mejor situadas.[11] Hay que subrayar que estamos llevando a cabo un diagnóstico para un año en particular y que varios de los estudios que han sido llevados a cabo a lo largo del tiempo para esta ciudad nos permiten relativizar el resultado que presentamos. Por ejemplo, Martínez de la Peña (2006) analizó la evolución de los ingresos en la capital regiomontana en el periodo 1990-2003 y llegó a la conclusión de que éstos han seguido una tendencia preocupante hacia el

[9] Para fundamentar la ubicación de las ciudades en los diferentes lugares (tanto mejores como peores) fue necesario primero llevar a cabo un "análisis factorial" con base en los distintos indicadores que se muestran en los cuadros 11.3 y 11.4. Se trata de una herramienta estadística que sintetiza las interrelaciones observadas de un conjunto de variables mediante la estimación de un número menor de variables no observadas, denominadas "factores" (en nuestro caso se obtuvieron dos factores que explican 60% de la varianza en el caso de los hombres y 66% en el de las mujeres). Se calcularon luego las medias de los índices factoriales por ciudad, las cuales permitieron ordenar los centros urbanos desde aquéllos con mejores condiciones laborales hasta aquéllos con la peor situación.

[10] Esta ciudad tenía poco más de 750 000 habitantes en el año 2005 (véase el cuadro 11.5) y es hoy asiento de muy diversos tipos de plantas maquiladoras en las ramas electrónica, de autopartes y textil.

[11] Monterrey contaba con alrededor de 3 600 000 habitantes en 2005 (véase el cuadro 11.5). Muchas de sus empresas han sido reestructuradas y forman parte de entidades multinacionales; el comercio y los servicios tienen desde hace varios años el principal peso en la economía de la ciudad, pero es importante tener en cuenta que casi 40% de la mano de obra masculina regiomontana todavía se emplea en el sector secundario (Pozas, 2002; Vásquez, 2008).



estancamiento. En esta misma línea de argumentación estaría el artículo de Meza González (2005) para el periodo 1988-1999. Dicha autora indica que en Monterrey —a diferencia de la ciudad de México y Guadalajara— se experimentó en ese lapso un descenso pronunciado de los salarios promedio en todos los percentiles de la distribución y que, además, la retribución a la educación superior disminuyó (este estudio se refiere sólo a varones adultos que trabajan más de 30 horas a la semana). Patricio Solís (2007) también fundamenta desde varios puntos de vista los problemas que enfrentó la movilidad social de los varones en Monterrey en las cuatro últimas décadas del siglo XX.

Dentro de las ciudades con mejor situación laboral en 2006, también destaca Saltillo para la mano de obra masculina.[12] Es interesante señalar que Saltillo tiene un bajo porcentaje de varones ocupados en micronegocios precarios y una buena ubicación relativa en lo que respecta a contratos permanentes (en este indicador la situación que allí impera es incluso mejor que la regiomontana).

La ubicación de Hermosillo en los mejores lugares llama la atención, sobre todo porque estudios previos no coinciden en la interpretación del comportamiento de su mercado de trabajo en los últimos años.[13] En 2006, este centro urbano presentaba un muy reducido porcentaje de mano de obra masculina en micronegocios precarios (21%, cifra análoga a la de Chihuahua) y ocupaba uno de los primeros lugares en el país (tanto para hombres como para mujeres) en lo que respecta a los contratos permanentes. Por último, es menester destacar el resultado para la ciudad de La Paz.[14] En

[12] Saltillo ya tenía 725 000 habitantes en 2005 (véase el cuadro 11.5). Se distingue hoy por ser sede de casi una cuarta parte de la producción automotriz en el país y por tener uno de los mayores productos por habitante en México (Ariza, 2006).

[13] La ciudad de Hermosillo, capital del estado de Sonora, rebasaba los 700 000 habitantes en 2005 (véase el cuadro 11.5). Ejercicios de localización de las actividades económicas indican que este centro urbano se especializaba en servicios al inicio del siglo XXI (Lara, Velásquez y Rodríguez, 2007). Asimismo, se trata de una de las ciudades conocidas como "áreas de expansión de la industria maquiladora" (Carrillo y De la O, 2003).

[14] La Paz, capital del estado de Baja California Sur, es la ciudad más pequeña de las que hemos analizado hasta aquí, pues todavía no contaba con 200 000 habitantes en 2005 (véase el cuadro 11.5). Se suele presentar a este centro urbano como un lugar de tranquilidad y seguridad; allí son importantes las actividades comerciales, la infraestructura turística de restaurantes y hoteles, además de los servicios gubernamentales propios de una capital estatal.



2006 se caracteriza primordialmente por presentar reducidos porcentajes de mujeres en micronegocios precarios, sin prestaciones sociales y sin sindicalización.

En el extremo opuesto de lo visto hasta aquí, tenemos a Tlaxcala, Acapulco, Cuernavaca, Puebla, Oaxaca y Tuxtla Gutiérrez, como ciudades que frecuentemente ocupan los últimos lugares en lo se refiere a mano de obra tanto masculina como femenina.[15] Todos estos centros urbanos forman parte de estados que tradicionalmente han sido considerados los más rezagados del país, pero conviene detenernos en algunas características específicas de sus mercados laborales hacia mediados de la década de 2000.

Tlaxcala sigue siendo una ciudad con una importante actividad manufacturera (principalmente en las ramas textil y de la confección), aunque en gran parte de los casos se trata de micro y pequeñas industrias (Alonso, 2006). Tiene un importante porcentaje de mano de obra ocupada en micronegocios precarios, además de distinguirse por ocupar el último lugar en lo que toca a prestaciones y contratos, tanto para la mano de obra masculina como femenina (alrededor de 68% sin prestaciones y 80% sin contratos permanentes).

Acapulco y Cuernavaca, dos ciudades más conocidas por su infraestructura turística en el centro-sur del país, también están entre las que tuvieron peores condiciones laborales en 2006. En las últimas décadas, Acapulco se ha mantenido como un destino turístico importante en México, pero las inversiones en ese rubro se han diversificado y otras ciudades, como Cancún y sus alrededores (entre las incluidas en este trabajo), constituyen hoy el primordial atractivo. En el caso de Cuernavaca, se ha documentado la importancia de su sector informal y la precariedad de su fuerza de trabajo desde el decenio de 1990 (Olivera Lozano, 2004). Según nuestra información para 2006, ambas ciudades tienen carencias importantes que se manifiestan en gran parte de los indicadores que hemos seleccionado. No obstante, los problemas se presentan como más acuciosos en el caso de la ciudad de Acapulco.

En el panorama de los centros urbanos con mayores dificultades laborales también habría que ubicar a Oaxaca y Tuxtla Gutiérrez (además del caso de Puebla que señalamos más adelante). Las primeras son capitales estatales que sin duda concentran algunas oportunidades de empleo en el

[15] Se trata de ciudades que fluctúan entre 250 000 y alrededor de 700 000 habitantes; Tlaxcala es la de menor tamaño y Acapulco, la mayor (véase el cuadro 11.5).



comercio y distintos tipos de servicios, pero que según nuestra información enfrentan una situación relativamente más grave que otras en lo que concierne a la calidad de sus ocupaciones. Sobresale en este sentido la inseguridad e inestabilidad de las mismas, captadas por medio de los indicadores de ausencia de prestaciones y contratos.

Fuera de las ciudades ubicadas en los primeros y últimos lugares, es menester también analizar lo que sucede en las tres principales áreas metropolitanas del país y, especialmente, centrarnos en la situación del trabajo en la ciudad de México. Las condiciones laborales ahí se encuentran más deprimidas que en Guadalajara y muy alejadas en términos relativos de las de Monterrey, centro urbano que se ubica entre los primeros lugares (relativos). Muchos estudios anteriores ya situaban a las principales metrópolis del país en el orden que este trabajo confirma (algunos autores incluso habían destacado que en la década de los noventa se observaron mejorías en la situación laboral en Guadalajara, pero no en la capital (Zenteno, 2002; García y Oliveira, 2001).

Para evaluar correctamente lo que sucede en la ciudad de México es menester recordar que se están analizando datos para el conjunto de esta Zona Metropolitana (conformada por el Distrito Federal y un número importante de municipios del Estado de México), la cual está muy diferenciada en términos socioespaciales. Si se calculan nuestros indicadores por estados de la República en vez de por ciudades, el Distrito Federal se ubica entre las entidades federativas muy por encima de lo que lo hace el conjunto de la Zona Metropolitana entre las ciudades (datos no mostrados en los cuadros).[16]

Las transformaciones que han ocurrido en la capital a raíz de que perdió su carácter de motor industrial de la nación y destino principal de los flujos migratorios han sido objeto de numerosos estudios (véanse, por ejemplo, los reunidos en Garza, 2000). Se ha constatado que las sucesivas crisis socioeconómicas han afectado a la ciudad de México de manera especial y los niveles de pobreza aumentaron significativamente en el conjunto de la metrópolis en los años noventa (Damián, 2000; Rojas García, 2003). No obstante, hay que remarcar que se trata de una ciudad que tenía más de 18 millones de habitantes en el año 2005 (más grande que la suma de las

[16] En el nivel intrametropolitano, se sabe además que en las delegaciones centrales del Distrito Federal se concentran los mejores niveles de vida (Rubalcava y Schteingart, 2000).



Cuadro 11.5. Población total por tamaño en las ciudades de la ENOE, 2005

Ciudad	*Población*
Ciudad de México	18 777 929
Guadalajara	4 072 433
Monterrey	3 598 597
Puebla	2 121 962
Toluca	1 502 572
Tijuana	1 484 005
León	1 437 214
San Luis Potosí	957 753
Mérida	935 642
Querétaro	918 100
Aguascalientes	834 498
Culiacán Rosales	793 730
Chihuahua	765 003
Saltillo	725 259
Acapulco	717 766
Tampico	712 190
Hermosillo	701 838
Cuernavaca	698 043
Morelia	684 145
Veracruz	654 216
Tuxtla Gutiérrez	610 714
Cancún	572 973
Villahermosa	558 524
Durango	526 659
Oaxaca	452 049
Tepic	379 296
Pachuca	344 282
Zacatecas	261 422
Tlaxcala	248 677
Colima	232 394
Campeche	211 671
La Paz	189 176

Fuente: II Conteo Nacional de Población y Vivienda, 2005, según zonas metropolitanas delimitadas en Gustavo Garza (2003), cuadro AM-3, p.154.



11 que le siguen en tamaño, como lo muestra el cuadro 11.5) y que constituye el centro económico y político más importante de la nación.

Mención especial también debe ser hecha de las ciudades que rodean a la capital mexicana, generalmente consideradas como parte del subsistema urbano de la ciudad de México o del centro del país, las cuales se encuentran estrechamente interconectadas con la capital en términos económicos y laborales.[17] En este subconjunto sobresale Querétaro como la mejor situada en cuanto a condiciones de trabajo relativas, y Puebla, Cuernavaca y Tlaxcala como las más rezagadas.

LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA FUTURA Y LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE FOMENTO AL EMPLEO

Hasta aquí hemos insistido en la evolución y las condiciones laborales de la población económicamente activa en los ámbitos nacional y local. Resta ahora preguntarnos por los escenarios futuros y por las políticas necesarias para hacer frente al panorama que se nos presenta.

Las proyecciones de población económicamente activa nos ofrecen cifras sobre la fuerza de trabajo futura conforme a diferentes hipótesis y hacen hincapié en su esperada composición por sexo y edad. Hasta hace poco, estas proyecciones se hacían para periodos cortos y generalmente recurrían a extrapolar las tasas de participación observadas (Jusidman, 1980; OIT, 1986; Conapo y STPS, 1996). Las últimas proyecciones de población activa elaboradas por Virgilio Partida en el Consejo Nacional de Población (Conapo) abarcan el periodo 2000-2050 y 2005-2050, y se basan en modelos de probabilidades de transición. De esta manera, se recurre a la extrapolación de las tendencias recientes en las tasas de ingreso y retiro de la actividad económica y la fuente de información son las encuestas nacionales de empleo (Partida, 2004 y 2008).

Según estas últimas proyecciones, la población activa del país aumentaría a 47.4 millones en 2010 (30 482 662 hombres y 16 916 598 mujeres); a 60 millones en 2030 (36 255 704 hombres y 23 752 448 mujeres), y a 61 millones en 2050 (35 348 698 hombres y 25 728 110 mujeres). En este intervalo se alcanzaría un máximo histórico de 61.9 millones en 2042 y el descenso posterior se debería al proceso de envejecimiento de la población. A medida

[17] Cuernavaca, Pachuca, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Toluca.



que avanza dicho proceso son más los retiros de la actividad económica que los ingresos. En esta proyección (Partida, 2008) se tienen en cuenta tanto los inmigrantes internacionales económicamente activos como los emigrantes internacionales económicamente activos y las defunciones de activos.

Un dato muy importante que arroja la última proyección de Virgilio Partida es que el crecimiento de la oferta de mano de obra no sería uniforme durante todo el periodo considerado. Por ejemplo, entre 2007 y 2015 se tendría que crear un promedio anual de 955 mil nuevos puestos de trabajo, pero posteriormente este requerimiento disminuiría velozmente hasta tornarse negativo en la década de 2040. Según los datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los años 2006 y 2007 se crearon más de 800 mil empleos. Sin embargo, muchos de ellos fueron eventuales (Rojas y Salas, 2007; IMSS, 2008), lo cual nos indica que estamos lejos de enfrentar con éxito los mínimos requeridos por el incremento demográfico de la población activa.

Un aspecto adicional que debemos mencionar con respecto a las proyecciones de población económicamente activa es que no sólo interesan los números absolutos, sino también la relación entre la población en edades activas (generalmente considerada entre los 12 y los 64 años) y aquélla en edades más dependientes (por ejemplo, entre los años cero-11 y 65 y más). Es decir, importa cuántas personas en principio dependerán de aquellas que están incorporadas en el mercado de trabajo. Según los resultados de las últimas proyecciones que incorporan la información más actualizada (Partida, 2008), se abrirá por única vez en la historia del país una ventana de oportunidades o "bono demográfico" entre los años 2012 y 2033, periodo en el cual existirá la relación más favorable entre la población en edades productivas y aquélla en edades más dependientes. En términos hipotéticos, si la fuerza de trabajo llegara a contar con empleos estables y medianamente bien remunerados durante ese periodo, se crearía un círculo virtuoso de mayor ahorro e inversión, el cual llevaría a impulsar de manera significativa el desarrollo del país. No obstante, hay que remarcar que estudios realizados para el periodo 1970-2000 demuestran que el cambio poblacional tuvo un efecto muy marginal sobre el crecimiento económico alcanzado en esos años (Hernández Laos, 2004). En vista de las tendencias que hemos analizado, se tendría que llevar a cabo entonces un enorme esfuerzo para revertir la situación laboral presente y la que se avizora para los años venideros. ¿Cuál es la dirección e intensidad de las acciones gubernamentales actuales en materia de empleo?



A partir de los años ochenta, los gobiernos de corte neoliberal en México han partido de la tesis de que lo fundamental para resolver los problemas de empleo en el país es lograr el crecimiento sostenido y la estabilidad macroeconómica, así como la desregulación de los mercados de trabajo. De hecho, los mercados de trabajo mexicanos se han flexibilizado *de facto*, puesto que hasta ahora se han modificado poco las normas y leyes del trabajo, pero se ha soslayado su cumplimiento. Asimismo, se ha considerado muy importante eliminar lo que se consideran distorsiones que impiden el libro juego de la oferta y la demanda de empleos, y se ha actuado de manera consecuente manteniendo el salario mínimo en niveles muy reducidos y debilitando el poder de los sindicatos. Por último, también se ha hecho hincapié en la necesidad de alcanzar un entorno de certidumbre política y social que permita la llegada sostenida de los capitales extranjeros, lo cual se considera crucial para elevar el ritmo de demanda de empleos (Jusidman, 2001; De la Garza Toledo, 2002).

En el contexto anterior, generalmente se considera inadecuado intervenir directamente para lograr una mayor generación de empleos, pues se argumenta que esto puede provocar presiones inflacionarias y llevar a distorsiones macroeconómicas. Sin embargo, en coyunturas específicas se han introducido medidas de política fiscal y se ha buscado aumentar las inversiones en infraestructura (construcción de caminos, carreteras y viviendas) con miras a la creación de más empleos, además del fomento al crecimiento económico.

Las políticas de empleo con mayor tradición en los últimos lustros son las que buscan orientar y proporcionar información a los desempleados sobre las diversas fuentes de empleo que existen, así como las políticas que actúan sobre la capacitación de los trabajadores o que certifican las capacidades que ya poseen. Hoy son frecuentes en el país las ferias del empleo, donde los aspirantes conocen las vacantes que los distintos tipos de empresas ofrecen. Asimismo, en la actualidad (primer cuatrimestre de 2008) el gobierno federal, en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, sigue ofreciendo distintos programas de capacitación a los desempleados y a los trabajadores en suspensión temporal de labores con el propósito de aumentar lo que se denomina su "empleabilidad". Los cursos y materiales para la capacitación en áreas técnicas y administrativas se pueden ofrecer en medianas y grandes empresas, así como en establecimientos menores y en planteles educativos cuando lo que se busca es la capacitación para el autoempleo. Además de centrarse en los desempleados, en



ocasiones se han puesto en práctica programas dirigidos a los estudiantes en los años terminales de carreras técnicas y universitarias, con miras también a incrementar sus posibilidades de incorporación laboral. Finalmente están los programas que buscan medir las competencias y certificarlas con el mismo propósito de elevar la empleabilidad de la mano de obra o de agilizar su futuro desarrollo (STPS, 2008).

Es difícil precisar cuántas personas son atendidas por estos distintos programas gubernamentales, pues la documentación que se proporciona no siempre es clara y en ocasiones sólo se ofrecen datos parciales.[18] Consideramos que se trata de acciones positivas, pero dada la magnitud de los problemas, son insuficientes porque se centran en mejorar las capacidades de la mano de obra, sin que se lleven a cabo medidas paralelas de amplio alcance en lo que respecta a impulsar la demanda de mejores empleos. No obstante, habría que mencionar algunos esfuerzos incipientes en esa dirección.

En el transcurso de 2007 el gobierno federal puso en marcha el Programa del Primer Empleo (PPE). Su objetivo era otorgar un subsidio de hasta 100% de las cuotas obrero-patronales que correspondería pagar a los patrones ante el IMSS por la contratación de trabajadores que por primera vez tenían un empleo. Este subsidio se otorgaría por un máximo de 12 meses y sólo era aplicable en el caso de trabajadores que no se hubieran registrado previamente como permanentes ante el IMSS y que efectivamente ocuparan nuevas plazas. El patrón debía mantener este aseguramiento durante 10 meses continuos y estar al corriente en el pago de sus obligaciones fiscales y de sus cuotas ante el IMSS. Se planteaba que era un programa que traería beneficios para las empresas (reducción de costos laborales, incorporación de jóvenes sin el desplazamiento de otros trabajadores) y para los trabajadores, especialmente los y las jóvenes (crecimiento profesional, adquisición de experiencia y de derechos básicos como empleados formales).[19] Es de esperar que este esfuerzo rinda sus frutos, pero para ello será necesario que

[18] A veces se proporciona alguna cifra global en los medios periodísticos o electrónicos. Por ejemplo, el titular de la Secretaría del Trabajo ha indicado que en los primeros nueve meses de 2007 se apoyó a poco más de millón y medio de personas en los programas de becas de capacitación y que se logró ubicar a más de 400 mil de ellas (Lozano Alarcón, 2007).

[19] El PPE no tuvo al comienzo el ritmo de aceptación necesaria, por lo que se han flexibilizado los requisitos para la entrada de las empresas. A principios de febrero de 2008 habían sido registrados 16 745 trabajadores en el programa (Reyes Pruneda, 2008).



lo acompañen otras medidas de mayor cobertura, tendientes a contrarrestar el estancamiento tan significativo de empleos permanentes que ha tenido lugar en el país.

A la par de los programas federales, en el caso del Distrito Federal también se puso en marcha en 2007 una nueva manera de paliar las consecuencias de las transformaciones laborales más acuciantes. Se trataba de la iniciación de un seguro de desempleo. El fundamento de este programa era expandir los derechos sociales, puesto que nuestro país es el único perteneciente a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que no cuenta con este tipo de políticas, así como contener lo que se denominan los "efectos regresivos" de las políticas federales. Así, se instauró un beneficio económico mensual de 1 500 pesos para los trabajadores formales locales que hubiesen perdido su empleo a partir del año 2006. Este estímulo se entregaría al beneficiario por un periodo de hasta seis meses.[20] Se trata una vez más de medidas en la dirección adecuada, pero resulta indispensable su ampliación en el nivel federal y en otras entidades federativas.

CONSIDERACIONES FINALES

La población económicamente activa mexicana ha crecido de manera importante en las últimas décadas y lo continuará haciendo por algunas más, aun si se considera a los compatriotas que emigran de diversas maneras, principalmente a Estados Unidos. En este capítulo hemos documentado inicialmente que las mujeres forman una proporción cada vez mayor de dicha población activa; asimismo, la fuerza de trabajo en el comercio y los servicios ha ido ganando terreno de manera sistemática frente a la agrícola y a la industrial.

Una parte importante del capítulo ha sido dedicada al análisis de las condiciones de trabajo, tanto en el nivel nacional como de las ciudades más importantes. A la fecha dichas condiciones son bastante precarias, princi-

[20] Según declaraciones del funcionario responsable, el seguro de desempleo del Distrito Federal alcanzó a cubrir 24 000 personas en el periodo octubre 2007-marzo 2008 y se estima que 20% de los beneficiarios ha logrado colocarse en algún tipo de empleo. En el transcurso de 2008 se esperaba cubrir con el programa a unos 60 000 desempleados y que se tenía para ello una bolsa de 490 millones de pesos (Mirón Lince, 2008).



palmente en términos de ingresos e inexistencia de prestaciones y contratos de trabajo. Hay que tener presente que el desempleo abierto en el país continúa siendo relativamente reducido, pero que este fenómeno no debería concentrar la totalidad de la atención de aquellos interesados en el análisis y las políticas laborales. La escasez de alternativas suficientes y adecuadas para subsistir —y en muchos casos, también las bajas calificaciones— hace que en países como México se acepten empleos muy poco satisfactorios o que se recurra al autoempleo. De ahí que sea preciso profundizar en las condiciones en que la población activa se emplea —o autoemplea—, conforme a distintos indicadores. Vimos que a pesar de ligeras recuperaciones en lo que va de la década, los ingresos continúan muy reducidos y que 60% de la fuerza de trabajo labora sin ningún tipo de prestaciones sociales. La inestabilidad ha ido en aumento en los últimos años y una cifra cercana a las tres cuartas partes de la población activa no tenía contratos de trabajo permanentes a mediados de los años 2000 (este último dato incluye a asalariados y no asalariados, quienes no suelen establecer relaciones de trabajo contractuales a menos que estén subcontratados). Estas estadísticas demuestran la necesidad de ir más allá del desempleo abierto en los diagnósticos y en las medidas concretas para enfrentar la situación laboral mexicana.

Las condiciones de trabajo no son las mismas a lo largo del territorio nacional. En términos relativos, ciudades norteñas como Chihuahua, Monterrey, Saltillo y Hermosillo ofrecen mejores posibilidades que las ubicadas en el resto del país. Estos centros urbanos se han visto beneficiados por las estrategias puestas en marcha bajo el modelo económico centrado en el fomento a las exportaciones y el intercambio con el exterior, pero también hay que recordar que pertenecen a regiones que ya habían tomado la delantera en el país tiempo atrás. En la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (conformada por el Distrito Federal y diversos municipios del Estado de México) la situación laboral promedio es más deficiente que en Monterrey o Guadalajara, pero hay que tener en cuenta que existen diferencias marcadas en este particular entre el Distrito Federal y los municipios conurbados, así como recordar el tamaño absoluto de la urbe y su importancia económica y política.

¿Qué nos depara el futuro en lo concerniente a la población económicamente activa? Conforme a lo que es posible prever, ésta crecerá hasta alcanzar la cifra nada despreciable de 61 millones de personas en el año 2050. Es preciso entonces mejorar las difíciles condiciones de trabajo que hoy imperan. Un somero repaso de las políticas públicas puestas en marcha



con este propósito nos indicó que éstas aún son muy insuficientes ante la magnitud del problema que se afronta. Dichas políticas se siguen centrando en proporcionar información a los desempleados sobre las diversas fuentes de empleo que existen, así como en la capacitación de los trabajadores o en la certificación de las capacidades que ya poseen. Resulta perentorio ampliar y diversificar estas políticas y, sobre todo, cambiar la perspectiva para que los esfuerzos que busquen influir sobre la demanda de mano de obra tengan similar cabida a los que ahora se realizan para mejorar la empleabilidad de los trabajadores.

REFERENCIAS

Alonso, J., 2006. Perfil actual de la industria manufacturera en Tlaxcala, *Problemas del Desarrollo* **31** (145): 53-80.

Anker, R., *et al*., 2003. La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos, *Revista Internacional del Trabajo* **122** (2): 161-195.

Ariza, M., 2006. Mercados de trabajo urbanos y desigualdad de género en México a principios del siglo XXI, en E. de la Garza y C. Salas (coords.), *La situación del trabajo en México, 2006*. México, UAM-Centro Americano para la Solidaridad Sindical Internacional-Plaza y Valdés, pp. 377-411.

Ayuntamiento de Chihuahua, 2008. *Economía* [en línea]. Disponible en <*http://www.municipiochihuahua.gob.mx/economia*> [consultado el 28 de abril de 2008].

Bayón, C., 2006. Precariedad social en México y Argentina: tendencias, expresiones y trayectorias nacionales, *Revista de la CEPAL* **88**: 133-152.

Carrillo, J., y M.E. de la O, 2003. Las dimensiones del trabajo en la industria maquiladora de exportación en México, en E. de la Garza y C. Salas (coords.). *La situación del trabajo en México, 2003. México*, Instituto de Estudios del Trabajo-UAM-Centro Americano para la Solidaridad Sindical Internacional-Plaza y Valdés, pp. 377-411.

CEPAL, 2006. *Panorama social de América Latina 2006*. Santiago de Chile, pp. 109-141.

Conapo y STPS, 1996. Proyecciones de población económicamente activa por entidad federativa, 1993-2010. México (documento inédito).

Damián, A., 2000. Pobreza urbana, en G. Garza (coord.), *La ciudad de México en el fin del segundo milenio*. México, Gobierno del Distrito Federal-El Colegio de México, pp. 297-302.

ENOE, 2006. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2006*. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

García, B., 1988. *Desarrollo económico y absorción de fuerza de trabajo: 1950-1980*. México, El Colegio de México.



García, B., 2008. La carencia de empleos satisfactorios: una discusión sobre indicadores, en B. Figueroa (coord.), *El dato en cuestión*. México, El Colegio de México, pp. 461-488.

García, B., y O. de Oliveira, 1994. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.

García, B., y O. de Oliveira, 2001. Heterogeneidad laboral y calidad de los empleos en las principales áreas urbanas de México, *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo* **7** (14): 145-164.

Garza, G. (coord.), 2000. *La ciudad de México en el fin del segundo milenio*. México, Gobierno del Distrito Federal-El Colegio de México.

Garza, G. (coord.), 2003. *La urbanización de México en el siglo XX*. México, El Colegio de México.

Garza Toledo, E. de la, 2002. La flexibilidad del trabajo en México. Una nueva síntesis, en B. García (comp.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*. México, El Colegio de México, pp. 375-404.

Garza Toledo, E. de la, 2006a. Modelos de producción en la manufactura. ¿Crisis del toyotismo precario?, en E. de la Garza y C. Salas (comps.), *La situación del trabajo en México, 2006*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Centro Americano para la Solidaridad Sindical Internacional-Plaza y Valdés, pp. 55-87.

Garza Toledo, E. de la, 2006b. La polémica acerca de la tasa de sindicalización en México, *Trabajo* **2** (2): 135-146.

Ghai, D., 2003. Trabajo decente. Concepto e indicadores, *Revista Internacional del Trabajo* **122** (2): 125-160.

Grammont, H.C. de, 2004. La nueva ruralidad en América Latina, *Revista Mexicana de Sociología* **66** (número especial): 279-300.

Hernández Laos, E., 2004. *Desarrollo demográfico y económico de México*, 1970-2000-2004. México, Consejo Nacional de Población.

IMSS, 2008. [en línea]. Disponible en <*http://www.imss.gob.mx*> [consultado el 28 de abril de 2008].

Inmujeres, 2005. *Pobreza, género y uso del tiempo*. México.

INEGI, 2004. *La ocupación en el sector no estructurado en México, 1995-2003*. Aguascalientes.

Jusidman, C., 1980. Proyecciones de la oferta y la demanda de mano de obra, en *Memorias de la Segunda Reunión de Investigación Demográfica en México*. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 537-565.

Jusidman, C., 2001. Cambios estructurales y políticas públicas, en Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, *Políticas sociales, sexualidad y salud reproductiva*. México, El Colegio de México, pp. 49-67.

Lara, B., L. Velásquez y L.I. Rodríguez, 2007. Especialización económica en Sonora. Características y retos al inicio del nuevo milenio, *Región y Sociedad* **XIX** (número especial).



Lozano Alarcón, J., 2007. Secretario del Trabajo y Previsión Social, declaraciones hechas en el programa Imagen Informativa al periodista Jorge Fernández Menéndez. México, Radio Imagen, 90.5 FM, 17 de septiembre, 19:32 horas.

Martínez de la Peña, M., 2006. *Mercado de trabajo y participación económica familiar en Monterrey, 1990-2003*, tesis de doctorado en Estudios de Población. México, El Colegio de México.

Meza González, L., 2005. Mercados laborales locales y desigualdad salarial en México, *El Trimestre Económico* **LXXII** (1-285): 133-178.

Mirón Lince, B., 2008. Secretario del Trabajo del Distrito Federal, *Resultados Seguro Desempleo DF* [en línea]. Disponible en <*http://www.radiotrece.com.mx/2008/04/07/resultados-seguro-desempleo-df/*> [consultado el 28 de abril de 2008].

OIT, 1986. *Población económicamente activa. Estimaciones 1950-1980. Proyecciones 1985-2025*, t. VI: *Suplemento metodológico*. Ginebra.

OIT, 2006. *Panorama laboral 2006. América Latina y el Caribe*. Lima.

Oliveira O., M. Ariza y M. Eternod, 1996. Trabajo e inequidad de género, en O. de Oliveira, M. Ariza, M. Eternod, M.P. López y V. Salles, Informe final. La condición femenina: una propuesta de indicadores. México, Sociedad Mexicana de Demografía-Consejo Nacional de Población (documento inédito).

Olivera Lozano, F., 2004. Mercado de trabajo en Morelos: una aproximación al sector informal en la zona metropolitana de Cuernavaca durante la década de los noventa, en F. Lozano Ascencio (coord.), *El amanecer del siglo y la población mexicana*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 573-600.

Pacheco Gómez, E., 2007. *El mercado de trabajo en México. Cambios y continuidades*. México, El Colegio de México (documento inédito).

Partida Bush, V., 2004. *Proyecciones de la población económicamente activa de México y de las entidades federativas 2000-2050*. México, Consejo Nacional de Población.

Partida Bush, V., 2008. *Proyecciones de la población económicamente activa de México y de las entidades federativas 2005-2050*. México, Consejo Nacional de Población.

Pérez Sáinz, J.P., 1998. ¿Es necesario aún el concepto de informalidad?, *Perfiles Latinoamericanos* 13: 55-71.

Pozas, M.Á., 2002. *Estrategia internacional de la gran empresa mexicana en la década de los noventa*. México, El Colegio de México.

Rendón, T., y M. Pedrero, 1976. Alternativas para la mujer en el mercado de trabajo, en INET, *Mercados regionales de trabajo*. México, Instituto Nacional de Estudios del Trabajo. pp. 205-239.

Reyes Pruneda, P., 2008. *El Programa del Primer Empleo* [en línea]. Disponible en <*http://www.coparmex.org.mx*> [consultado el 28 de abril de 2008].

Rojas García, G., 2003. El peso de los recursos: determinantes de la pobreza en hogares de Monclova, Aguascalientes y la ciudad de México, *Papeles de Población*, octubre-diciembre: 77-119.



Rojas García, G., y C. Salas Páez, 2007. Precariedad laboral y la estructura del empleo en México, 1995-2004. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-El Colegio de Tlaxcala (documento inédito).

Ros, J., 2005. *El desempleo en América Latina desde 1990*. México, CEPAL (Estudios y Perspectivas, 29).

Rubalcava, R.M., y M. Schteingart, 2000. Segregación socioespacial, en G. Garza (coord.), *La ciudad de México en el fin del segundo milenio*. México, Gobierno del Distrito Federal-El Colegio de México, pp. 287-296.

STPS, 2008 [en línea]. Disponible en <*http://www.stps.gob.mx*> [consultado el 28 de abril de 2008].

Solís, P., 2007. *Inequidad y movilidad social en Monterrey*. México, El Colegio de México.

Vásquez, B., 2008. Una visión mítica de Estado industrial: la hegemonía del sector terciario en las ciudades de Nuevo León, 1980-2003, en G. Garza y L.J. Sobrino (comps.). *La evolución del sector servicios en ciudades y regiones de México*. México, El Colegio de México, pp. 479-549.

Zenteno, R., 2002. Tendencias y perspectivas en los mercados de trabajo local en México: ¿más de lo mismo?, en B. García Guzmán (coord.). *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*. México, El Colegio de México, pp. 283-318.



12
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE LABORA EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS EN TÉRMINOS SOCIODEMOGRÁFICOS

*Edith Pacheco Gómez**

CONTENIDO

Introducción	394
Un acercamiento al estudio de la población rural y agropecuaria	396
¿Qué ha pasado con la población rural y con las actividades agropecuarias?	401
Estructuras por edad y sexo de la población que realiza actividades agropecuarias	405
Condiciones de trabajo	412
Organización de las familias en nuestro contexto de estudio	417
Reflexiones finales	424
Referencias	426

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México: <*mpacheco@colmex.mx*>.



INTRODUCCIÓN

Diversos trabajos han analizado los cambios sectoriales de la fuerza de trabajo en México y en ellos se ha dado cuenta de la gran transformación ocurrida en el siglo XX en cuanto a la disminución de las actividades agropecuarias (Rendón y Salas, 1987; García, 1988, entre otros). Sólo por citar un dato relativamente reciente, Oliveira, Ariza y Eternod (2001) indican que la actividad agropecuaria disminuyó 2.6 veces su peso relativo, mientras que el terciario —comercio y servicios— se amplió casi cuatro veces entre 1895 y 1995. Esta gran transformación por supuesto tiene su correlato en lo que estas autoras denominan "la modernización y diversificación de las actividades industriales y terciarias".

En años recientes hay un dato contundente que confirma la pérdida de importancia de la población trabajadora en el sector agropecuario, especialmente en los últimos 15 años, periodo de profundización del modelo de crecimiento económico vigente. La población que se considera "sujeto agropecuario" —más adelante se definirá con precisión este término— a principios de los años noventa representaba 17% de la población en edad de trabajar, mientras para el año 2003 el porcentaje se redujo a 10%; en términos absolutos esta población pasó de 9.8 millones a 7.7 millones de personas, entre 1991 y 2003.

Dado que el objetivo de este libro es conmemorar los 200 años de la Independencia y los 100 de la Revolución mexicana y frente al hecho de que nuestro país en aquellos años era eminentemente rural y los actores sociales que participaron en estos movimientos fundamentalmente vivían y laboraban en contextos rurales y de manera importante realizaban actividades agropecuarias, surgen las siguientes preguntas: ¿qué acontece en la actualidad con el tipo de población que en aquellos años fue uno de los actores fundamentales para ambos movimientos?, ¿quiénes son demográficamente hablando estos actores actualmente? y ¿cómo organizan y de qué viven sus familias?

En suma, el objetivo de este capítulo será dar cuenta de las características demográficas de los "sujetos agropecuarios", partiendo del supuesto de que esta aproximación nos permitirá entender la reconfiguración de la población en los contextos rurales a fines del siglo XX e inicios del XXI. Por supuesto, se abordará de manera breve la tendencia decreciente de los trabajadores agropecuarios en periodos previos a la puesta en práctica del modelo de crecimiento hacia fuera, en el entendido de que el descenso de



la población rural y de la población que labora en el sector agropecuario ha sido una tendencia secular que se ha presentado desde el periodo económico denominado "sustitución de importaciones".

Ahora bien, existe una diversidad de estudios en torno a los contextos rurales y al sector agropecuario, pero una parte significativa de ellos no dan cuenta de la situación del país como un todo. Por otro lado, en este conjunto de trabajos se le presta una reducida atención al tema poblacional; por ello, este capítulo busca rescatar la información sociodemográfica de un módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, la cual se aplicó durante los últimos años del siglo XX y principios del siglo XXI. Un ejercicio concreto en términos demográficos será dar cuenta, en un primer momento, de las estructuras por edad y sexo de la población, buscando responder a las siguientes preguntas: ¿qué tan diferente es la estructura de la población definida como sujeto agropecuario de aquella que no lo es?, ¿cuáles son las estructuras de los distintos sujetos agropecuarios (propietarios, ejidatarios, jornaleros, trabajadores sin pago, etc.)? y ¿cómo han cambiado entre el inicio y fin del periodo de estudio: 1991-2003? Por otro lado, existe una serie de variables sociodemográficas que son centrales para comprender las transformaciones poblacionales en los sectores rurales —menos de 2 500 habitantes— o menos urbanizados —ámbitos espaciales de menos de 100 000 habitantes. En consecuencia, un apartado estará dedicado al análisis de la conformación de las unidades domésticas de estos sujetos agropecuarios. En particular, se parte de la idea de que esta aproximación nos puede dar un panorama de un sector de la población que en su mayoría vive una situación precaria de vida y por ello acude a diversas estrategias para lograr su reproducción, como serían: la diversificación de actividades económicas, la movilidad ocupacional frecuente a lo largo del año de los miembros de las familias y, por supuesto, la estrategia migratoria (aunque este último aspecto no lo trataré en este capítulo de manera detallada por las limitaciones de la fuente de información con que se trabaja).

En resumen, se sabe de la gran heterogeneidad social en este país y se piensa "poner el dedo en la llaga" en un grupo poblacional recientemente poco estudiado desde la perspectiva sociodemográfica, con la idea de tomar conciencia de los cambios necesarios que habrá que lograr a 200 años de la Independencia y a 100 de la Revolución.

Este capítulo comprende seis apartados: en el primero se hace una reflexión sobre el análisis de la población rural, particularmente en los estudios sociodemográficos; en el segundo se presentan algunos antecedentes



en cuanto a la evolución de la población rural y las transformaciones sectoriales del trabajo; en el tercero se habla de las estructuras por edad y sexo de los "sujetos agropecuarios", y en el cuarto se da cuenta de las condiciones de trabajo. En el quinto apartado se aborda la estructura familiar y, finalmente, en las conclusiones se presenta una reflexión sobre lo que es ahora nuestra situación rural y, específicamente, la población trabajadora en el sector agropecuario.

UN ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DE LA POBLACIÓN RURAL Y AGROPECUARIA

A principios de los años ochenta, Brandão, Caldeira y Müller (1980) escriben un libro titulado *Estado, estructura agraria y población: el caso de Brasil*. Interesa recuperar esta reflexión, en primer lugar, para dar cuenta de los cambios tan sustantivos que han tenido lugar desde aquellos años, pero también de las continuidades en los contextos rurales latinoamericanos; en segundo lugar, porque son pocas las reflexiones desde los estudios de población que atienden la relación población-estructura agraria. Los autores parten de un ejercicio de construcción de tipologías de acuerdo con los modos de inserción en la división social del trabajo y en las relaciones de producción, con la idea de conocer el comportamiento de la estructura poblacional y, especialmente, de la fuerza de trabajo.

En aquellos años la tipología referente a las relaciones de producción en Brasil incluía las siguientes categorías: latifundio, unidades campesinas, unidades familiares productoras de mercancías y empresas agropecuarias capitalistas; mientras que la tipología relacionada con los modelos de inserción en la división social del trabajo consideraba las categorías: áreas rurales mercantiles (hortigranjeras, comerciales antiguas y comerciales pioneras) y áreas rurales poco mercantiles (áreas antiguas combinadas, recientes combinadas, de subsistencia antigua y de subsistencia reciente). El interés por citar esta clasificación se vincula con la necesidad de dar cuenta de la complejidad del sector agrícola y sus formas de organización. Por ello, es importante indicar que este trabajo es una primera pincelada a la estructura agropecuaria en México a fines del siglo XX, con la idea de conformar una base inicial que represente un marco contextual para la reflexión futura sobre la dinámica demográfica actual en los ámbitos rurales y menos urbanizados.

Ahora bien, fuera del campo de la demografía, hay una diversidad de estudios en torno al sector agropecuario en México y dar cuenta de ellos



sería una tarea que no puede ser abarcada en este trabajo, por lo que sólo quisiera reiterar que de manera explícita pocos hacen referencia a la relación población-estructura agraria. Esto no quiere decir que no se atienda este aspecto, pero el interés de la mayoría de los trabajos es explicar las dinámicas de producción, desde distintas perspectivas. Por otra parte, el enfoque de género ha sido uno de las más atendidos y con ello se ha buscado dar cuenta de los procesos de producción y reproducción en la sociedad; también la mirada desde la flexibilidad laboral ha sido central en los trabajos relacionados con el sector agropecuario, al igual que el interés por determinar la repercusión que ha tenido el Tratado de Libre Comercio en el sector (Appendini, 1992, Appendini y De Luca, 2006; Lara, 1998, 1999; Carton de Grammont, 1999, 2004; Yúnez-Naude, 1992, 2005; Puyana y Romero, 2008, entre otros).

Si bien en años recientes la atención que han puesto los estudios de población en los contextos menos urbanizados es reducida, un grupo más amplio de trabajos desarrollados en las décadas de los setenta y ochenta en América Latina y México puede conformar una base de discusión para entender la dinámica actual.[1] El desarrollo de estos trabajos condujo a que en el Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, llevado a cabo a principios de los años ochenta, se realizara una sesión denominada "Cambios en la estructura agraria y dinámica de la población". Al presentar dicha sesión en las memorias del congreso, Lerner (1984) se pregunta: "¿Cómo se ha abordado la interrelación entre la estructura agraria y la dinámica poblacional? Es decir, ¿existe una manera(s) de pensar la lógica de esta interrelación? Y si es así, ¿cuál es o debe ser el sentido de esa lógica?" (Lerner, 1984: 513) En un primer grupo ubicaba los estudios en los que lo poblacional era un dato dado y no se tomaba en cuenta la interferencia de las variables demográficas, destacándose el desarrollo de "formulaciones separadas" entre "lo agrario y lo poblacional". Para esta autora un segundo grupo comprendía aquellos trabajos que situaban el debate poblacional en

[1] Una revisión sobre los estudios de corte demográfico que atendían los contextos rurales en los años setenta y ochenta permite identificar algunas temas de interés: crecimiento de población y cambio agrario (Cabrera y Lerner, 1977; Urquidi y Morelos, 1979), comportamiento reproductivo (García, 1976; Quilodrán, 1982; Torres, 1983; Zúñiga *et al*., 1983), aspectos ocupacionales (Fernández y Morelos, 1977; Rendón, 1977; Martínez y Rendón, 1978; García Guzmán, 1984), dinámica familiar y estrategias de reproducción (Lerner y Quesnel, 1982; Martínez, Rendón y Landazuri, 1982) y dinámica migratoria (Stern, 1979; Arizpe, 1980).



torno a la reproducción de la fuerza de trabajo, y desde esa perspectiva concebían los procesos demográficos como resultantes, o en el mejor de los casos, articulados en un nivel inferior de la interrelación. De esta manera la reposición de la población para el conjunto de la sociedad se asociaba con la reproducción de los individuos como agentes económicos. Lerner (1984) sostiene que este último tipo de estudios generó su propia autocrítica, lo que les permitió superar el alto grado de economicismo, al incorporar dimensiones que daban cuenta de las alternativas de respuesta a comportamientos individuales y grupales, como por ejemplo, la identificación del espacio familiar residencial y el espacio familiar intergeneracional, en tanto espacios económicos de redes de relaciones extraeconómicas, de cristalización de prácticas ideológicas.

Por su parte, Miró y Rodríguez (1981), al presentar a un grupo de trabajo sobre el sector agropecuario en Latinoamérica, indicaban que era necesario aclarar lo que se entendía por "estructura agraria" y "población", debido a que el uso de estos términos no era unívoco. La mayoría de los estudios vincularon al término de estructura agraria el tema de la tenencia de la tierra o formas de control de la tierra como medio productivo (aparcería, arriendo, propiedad, etc.) y, aunado a esto, un grupo importante de estudios buscaba dar cuenta de las relaciones sociales de producción (por ejemplo, entre unidades que ocupan exclusiva o preferentemente trabajo asalariado y las que ocupan exclusiva o preferentemente trabajo familiar). También se consideraba como parte de la "estructura agraria" el uso de la tierra y por tanto el tipo de producto que de ella se obtenía. Otro tipo de acercamiento se dio a partir del grado de "tecnificación" o "capitalización" del proceso productivo. En fin, Miró y Rodríguez señalaban que la mayoría de los estudios al hacer referencia a la estructura agraria no incorporaban todos los elementos aquí señalados, incluso advertían que no había que olvidar que en ocasiones se utilizaban los mismos términos para referirse a cosas distintas; por ejemplo, el término "capitalización" había quienes lo usaban para hablar de un alto coeficiente de maquinas/hombres, pero también se usaba para referirse al predominio del trabajo asalariado. Otro ejemplo era el término "campesino", que a veces se empleaba para designar al pequeño propietario que explota su tierra con el auxilio de la fuerza de trabajo familiar (sentido clásico del término), pero también había quienes consideraban campesinos a los trabajadores del agro —asalariados o no—, aunque no poseyeran tierras. Ahora bien, en cuanto al término "población" se indicaba que debería ser estudiado desde la perspectiva de la



"dinámica demográfica", sin embargo, los autores califican de modesto el tratamiento de la temática de población en los estudios revisados hasta ese momento.

Si bien en los años noventa se realizaron menos trabajos de corte demográfico sobre el contexto rural, hay algunas investigaciones que son clave en la búsqueda por analizar dicho contexto desde diferentes planos. Así, al abordar el problema del riesgo para la salud en una región del Estado de México, Martínez (1993) parte de un análisis multinivel en el que el tipo de localidad, las unidades domésticas y las variables individuales son ejes de discusión; además, la autora considera cuatro criterios para la conformación de riesgos para la salud: la ubicación en determinada región, el sector de actividad económica del que obtienen los medios para la subsistencia, la modalidad de relación salarial y la condición rural urbana. Por su parte, Szasz (1993), en la misma región de estudio que Martínez, analiza las migraciones temporales indicando que éstas, en lugar de aumentar la expulsión de población rural, forman parte de los arreglos para la subsistencia de los hogares campesinos en condiciones sociales adversas.

Cabe mencionar que, en años recientes, los estudios sobre el sector agropecuario generalmente forman parte de los estudios relativos a los contextos rurales. Desde una reciente aproximación se ha hecho hincapié en la necesidad de ver a estos contextos desde la perspectiva de la "nueva ruralidad", en el sentido de que un conjunto de personas cada vez mayor se inserta en actividades no agropecuarias y se encuentra inmersa en una red más amplia de relaciones sociales).[2] Esta entrada es de gran interés en la actualidad; no obstante, este trabajo atenderá a un grupo específico en los contextos rurales o menos urbanizados, el grupo que aún sigue realizando alguna tarea agrícola o pecuaria. No olvidemos que a inicios del siglo XXI este conjunto estaba constituido por cerca de ocho millones de personas (un poco más que el total de trabajadores en el comercio al por menor y mucho más que los trabajadores en la construcción).

En particular, al tratar de dar cuenta de la heterogeneidad del trabajo agrícola, Flores (2005) propone una tipología tanto para los productores (propietarios, ejidatarios, ocupantes, aparceros, arrendatarios) como para los trabajadores del sector agrícola (jornaleros, peones, empleados y traba-

[2] Para un acercamiento sociodemográfico reciente véanse Flores, 2005, Cortés, Fernández y Mora, 2008 y Garay, 2008.



jadores sin pago) con base en el módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo. La tipología incluye dos polos de actividades: el de subsistencia (vinculados a pequeñas instalaciones, hasta de 20 hectáreas, que no tienen ninguna clase de instalación en las tierras y que realizan sus actividades con animales y herramientas manuales) y el de las actividades modernas (más de 20 hectáreas, infraestructura de riego, instalaciones para explotación y cuidado de animales, de beneficio y transformación y realización de actividades mecánicamente); un tercer grupo incluye las actividades de corte mixto (combinación de ciertas características de subsistencia y cierto grado de modernidad). Además de indicar un proceso de envejecimiento en general para los sujetos agropecuarios, da cuenta del mayor envejecimiento de los productores —especialmente, las mujeres. En cuanto a las diferencias por tipo de producción, encuentra que los productores varones realizan sus actividades en formas de organización más moderna y tienen mayores edades promedio (pasando de una edad media de 49 años en actividades de subsistencia a 51 en mixta y a 54 en moderna, en 2003). Esta situación también se refleja en el grupo de los trabajadores del campo, pero con edades medias mucho menores (28, 31 y 33, respectivamente).

Flores también da cuenta de algunas variables sociodemográficas: nivel de instrucción, relaciones de parentesco con el jefe del hogar, estado civil y número de hijos. Este trabajo pretende dar un paso más allá del realizado por este autor, al tratar de mostrar con mayor detalle las estructuras por edad de los distintos sujetos agropecuarios y, especialmente, indagar sobre los arreglos familiares de estos "sujetos agropecuarios".

Finalmente, el trabajo de Cortés, Fernández y Mora (2008) es una aproximación reciente de corte sociodemográfico a la situación de pobreza de los hogares agrícolas. Con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, en un primer momento dan cuenta de la evolución de los hogares según condición de pobreza durante el periodo 1992-2002 y, posteriormente, presentan el perfil demográfico y del mercado de trabajo de los hogares agrícolas. Al analizar la información de escala nacional encuentran que mientras en 1992 78% de los hogares no tenía ingreso agrícola, para el año 2002 esta proporción se elevaba a 93%. Cabe hacer la aclaración de que mientras Cortés, Fernández y Mora analizan la situación en el marco nacional, en el presente trabajo, por el contrario, se hace un cambio de escala atendiendo a los contextos menos urbanizados, en un primer momento y, después, a los ámbitos rurales.



¿QUÉ HA PASADO CON LA POBLACIÓN RURAL Y CON LAS ACTIVIDADES AGROPECUARIAS?

Antes de estudiar las características demográficas de la población de estudio (los sujetos agropecuarios), es necesario conocer cómo ha evolucionado la población rural a lo largo del tiempo. Si bien existe una discusión sobre la concepción de lo que es una comunidad rural, ha sido una convención utilizar el tamaño de localidad de menos de 2 500 habitantes como parámetro para referirse a los contextos rurales. Considerando este corte, el porcentaje de personas que habita en comunidades rurales ha disminuido a lo largo del tiempo, de tal suerte que si en 1910 representaba poco más de 70% del total de la población del país, en el año 2005 sólo llegó a abarcar a cerca de 25% de la población (cuadro 12.1).

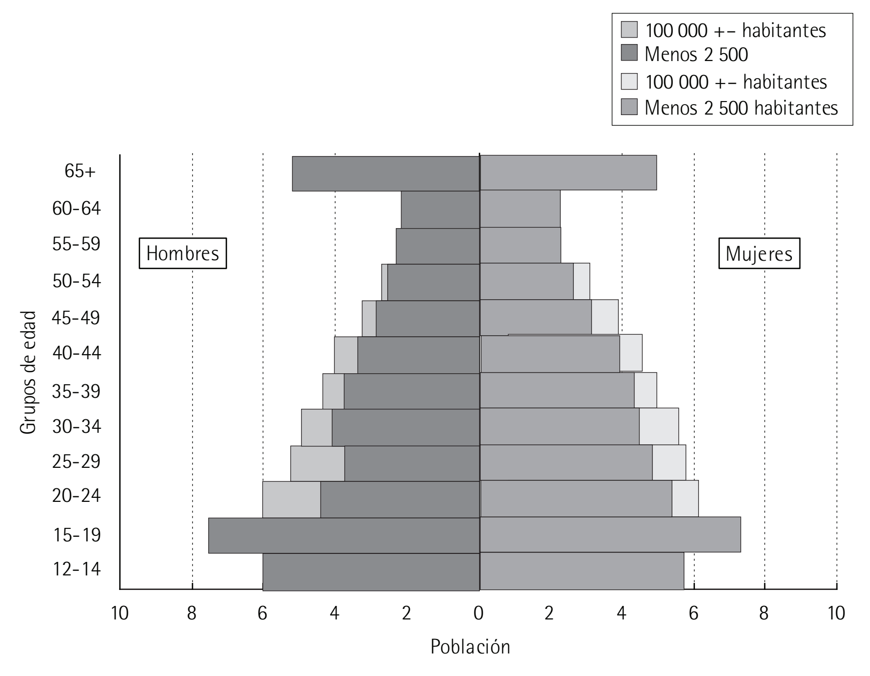
Ahora bien, cabe mencionar que esta disminución se produce en términos absolutos sólo hasta el periodo de 2000 a 2005, es decir, la inercia demográfica vinculada al fuerte crecimiento de población de los años cincuenta, sesenta y setenta se manifestó hasta 2000 en una población rural creciente, la cual pasó de 11 a 24.7 millones de habitantes en 75 años, pese a la reducida tasa de crecimiento poblacional de estos contextos. En suma, iniciamos este siglo con casi 25 millones de personas en contextos rurales. Por ello, se formulan algunas primeras interrogantes: ¿qué características tiene la población en estos contextos?, o bien, ¿cómo se ha expresado la transición demográfica en estos ámbitos espaciales?

Cuadro 12.1. Evolución de la población rural

Año	*Población rural*	*Porcentaje en relación con la población total*
1910	10 763 872	71.0
1921	10 034 346	70.0
1930	11 012 991	66.5
1940	12 754 506	64.9
1950	14 804 043	57.4
1960	17 217 102	49.3
1970	19 917 023	41.3
1980	19 786 662	29.6
1990	23 318 648	28.7
2000	24 760 786	25.4
2005	24 275 645	23.5

Fuente: INEGI, 2007.





Fuente: cálculos propios con base en el módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo 2003 del INEGI.

Gráfica 12.1. Estructuras por edad y sexo de la población en edad de trabajar, según tamaño de localidad, 2003

La gráfica 12.1 sobre estructuras por edad y sexo busca contrastar a la población en edad de trabajar en dos polos marcados por el tamaño de la localidad; los contextos denominados rurales (menos de 2 500 habitantes) y los más urbanizados (de 100 000 y más habitantes). En primer lugar, podemos apreciar que la estructura de la población rural es más joven que la de la estructura más urbanizada (incluso las barras de la más urbanizada ni siquiera se alcanzan a ver); en segundo lugar, se hace manifiesta la pérdida de población entre 20 y 30 años de edad (en el grupo de 25 a 30 años de edad la pérdida masculina es mucho mayor). Esta pérdida de efectivos se puede asociar al proceso migratorio, pues existe una gran cantidad de bibliografía que ha dado cuenta del proceso creciente de migración internacional en años recientes, de tal suerte que se discute si la salida de migrantes actualmente fluctúa entre 400 000 o 600 000 efectivos por año. Sin embargo, no



hay que descartar que el tipo de muestreo de la encuesta esté afectando, aunque sea sólo de manera parcial, la observación del efectivo poblacional.

Hasta aquí lo que hemos observado es la población en edad de trabajar, así que la siguiente pregunta sería: ¿en qué trabaja esta población?, o bien, de manera más concreta, ¿cuáles han sido las transformaciones sectoriales a lo largo del siglo XX y principios de este siglo? En el cuadro 12.2 podemos apreciar claramente la tendencia secular de reducción de la población que participa en actividades agropecuarias. Durante los primeros 30 años del siglo XX representaba cerca de 70%; a partir de 1930 inicia su descenso, de tal suerte que durante lo que se denominó "el milagro económico" las actividades se diversificaron y la población inserta en actividades agropecuarias se redujo. Así, al inicio de los años setenta ya sólo cerca de cuatro de cada 10 personas estaban laborando en el sector agropecuario, y a partir de este año la reducción se acentúa; para 2003 la proporción se reduce a 16.6 %. Sin embargo, en términos absolutos, mientras que en 1910 la población inserta en el sector agropecuario era de 3.6 millones, en el año 2003 alcanzó los 6.8 millones de personas.[3]

Este cambio se produce en un contexto en el que la tasa de actividad económica femenina transitó desde cerca de 10 puntos porcentuales hasta fluctuar alrededor de 40%, a principios de este siglo; a la vez, el ritmo de crecimiento de la población económicamente activa (PEA) fue en ascenso paulatinamente a lo largo del siglo XX, a diferencia de lo que ha ocurrido con el ritmo de crecimiento poblacional total (que ya desde los años ochenta manifiesta un descenso continuo). No es sino hasta el periodo 1991-1995 cuando se observa un descenso en la tasa de crecimiento de la PEA; sin embargo, hasta 2006 se sigue apreciando que el ritmo de crecimiento de la PEA es mayor al del crecimiento poblacional (cuadro 12.2).

Por otro lado, vale la pena aclarar que si sólo consideramos los contextos menos urbanizados (menos de 100 000 habitantes), la proporción de población inserta en el sector agropecuario es bastante significativa (en 2003 era de 35%); esto quiere decir que más de la tercera parte de la población en edad de trabajar aún se encontraba vinculada a este tipo de actividad en años recientes. Ésta es una de las razones por las que este trabajo busca poner el acento en este grupo poblacional.

[3] Este dato tiene que ver con la información en las encuestas de empleo que se refiere a la actividad realizada la semana anterior; sin embargo, si se amplía el periodo de referencia a seis meses, dicha población aumenta a 7.7 millones.



Cuadro 12.2. Evolución de la población trabajadora

	1900	*1930*	*1950*	*1970*	*1979*	*1991*	*1995*	*2000*	*2006*
Población total	13 607	16 552	25 791	48 225	64 773	82 888	91 158	98 658	104 748
(Crecimiento poblacional)		(0.65)	(2.22)	(3.13)	(3.28)	(2.06)	(2.38)	(1.58)	(1.00)
Población de 12 años y más	7 965	10 063	16 879	29 699	41 318	58 053	64 688	72 137	74 575
(Crecimiento 12+–)		(0.78)	(2.59)	(2.83)	(3.67)	(2.83)	(2.71)	(2.18)	(0.55)
Población económicamente activa (PEA)	4 195	5 352	8 272	13 873	18 784	31 088	35 951	40 62	43 575
(Crecimiento PEA)		(0.81)	(2.18)	(2.59)	(3.37)	(4.20)	(3.63)	(2.22)	(1.36)
Tasa neta de participación masculina	–	–	88.0	70.1	71.3	77.7	78.2	76.8	78.7
Tasa neta de participación femenina	–	–	13.1	17.6	21.5	31.5	34.5	36.4	40.7
Distribución porcentual por sector de la economía	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Agropecuario	62.5	67.8	58.3	39.4	28.9	26.8	24.7	18.6	14.3
Secundario	14.6	16.7	20.0	28.6	27.5	23.0	21.3	26.7	25.6
Terciario	16.2	15.6	21.7	32.0	43.1	49.5	53.1	54.8	60.1
Dist. porcentual por sector de la economía (contextos menos urbanizados)						100.0	100.0	100.0	100.0
Agropecuario	–	–	–	–	–	48.9	44.0	34.9	29.3
Secundario						18.3	17.4	24.5	24.0
Terciario						32.8	38.6	40.6	46.7

Fuentes: de 1895 a 1950: Censos Generales de Población 1930 y 1950, Dirección General de Estadística e INEGI-INAH, Estadísticas Históricas de México, INEGI-INAH, México, 1990. De 1970 a 1991: STPS, 1994; Rendón y Salas, 1987 y García, 1992 y 1996. Para 1995 y el año 2000, STPS-INEGI, ENE 1995 y 2000 y para 2006 STPS-INEGI, ENOE.


EL COLEGIO DE MÉXICO

ESTRUCTURAS POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN QUE REALIZA ACTIVIDADES AGROPECUARIAS

Ahora bien, entremos al estudio de los sujetos agropecuarios. Este término forma parte del marco conceptual del módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo. Se define como sujeto agropecuario a todo aquel individuo que hubiese declarado, en algún periodo de los últimos seis meses antes de la entrevista, que estaba participando en la obtención de productos de la tierra o en la producción pecuaria, ya sea de manera directa como trabajador, o como organizador y supervisor del proceso de producción en su conjunto.

Pues bien, si comparamos la estructura por edad y sexo de los sujetos agropecuarios y no agropecuarios encontramos fuertes diferencias. Una primera tiene que ver con las desigualdades de género, pues la participación económica de las mujeres en actividades agropecuarias es muy reducida, en relación con la participación en actividades no agropecuarias. Evidentemente, una cara de esta situación tiene que ver con la difícil tarea de hacer visible el trabajo de las mujeres en este tipo de actividades. Es común que ellas mismas perciban su actividad como una ayuda y no como un trabajo, y de este modo la dificultad de separar los ámbitos doméstico y extradoméstico refuerza el proceso de invisibilización de las mujeres en las estadísticas (Wainerman y Rechinni, 1981; García, Blanco y Pacheco, 1999).

Por otro lado, ya se había mencionado en el apartado sobre antecedentes de investigación que en estudios previos se ha dado cuenta del proceso de envejecimiento observado en el tipo de población que estudiamos; en la gráfica 12.2 confirmamos que las personas que se declararon sujetos agropecuarios presentan una estructura por edad envejecida en relación con el resto de la población; incluso en el último grupo de edad se aprecia un porcentaje elevado de personas de 65 y más años en la estructura de los sujetos agropecuarios, lo cual nos está hablando de un contexto en el que la población quizá trabajará hasta finalizar su vida, debido a que en nuestro país prácticamente no existe una posibilidad de jubilación para este conjunto de trabajadores. Como veremos más adelante, sólo alrededor de 4% de los sujetos agropecuarios tiene acceso a la seguridad social.

Una tercera diferencia se aprecia entre el grupo de 15 a 19 años y el de 20 a 24 años de edad. En la estructura de los sujetos agropecuarios la brecha entre los dos grupos de edad es muy amplia, lo cual podría explicarse por la movilidad hacia otro tipo de actividades, aunque no habría que descartar la propia movilidad espacial, como ya se había señalado. Es evidente



Sujetos no agropecuarios activos

Hombres Mujeres

65+ 60-64 55-59 50-54 45-49 40-44 35-39 30-34 25-29 20-24 15-19 12-14

4 3 2 1 0 1 2 3

Población (millones)

Sujetos agropecuarios activos

Hombres Mujeres

65+ 60-64 55-59 50-54 45-49 40-44 35-39 30-34 25-29 20-24 15-19 12-14

10 8 6 4 2 0 2

Población (millones)

Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

Gráfica 12.2. Estructuras por edad y sexo de la población ocupada, según sujetos no agropecuarios y agropecuarios, 2003.



que la participación de los sujetos no agropecuarios muy jóvenes es bastante reducida en relación con el grupo de sujetos agropecuarios; además, el grupo de 20 a 24 años tiene un peso mayor al de 15 a19 para los sujetos no agropecuarios, mientras que para el grupo agropecuario de nuevo se manifiesta una menor proporción de este grupo etario, asociada con procesos de movilidad laboral y espacial.

Antes de analizar las estructuras por edad y sexo de los distintos sujetos agropecuarios es necesario conocer la conformación de los mismos. Durante el periodo de estudio (1991-2003) destaca el grupo de trabajadores agropecuarios como el más importante;[4] en el caso de los hombres representan un poco más de 50% de los sujetos agropecuarios, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje fluctúa alrededor de 80% (cuadro 12.3). Los productores agrícolas hombres también representan un peso importante en el grupo de sujetos agropecuarios y cabe mencionar que sólo se ha observado un ligero descenso a lo largo del periodo de estudio. En parte, este resultado nos remite a la bibliografía que sostiene que la actividad agropecuaria está vinculada a procesos subjetivos de construcción de identidades, esto es, dichos trabajadores pueden no estar produciendo activamente en el campo, pero la tenencia de la tierra los hace definirse como sujetos agropecuarios. Ahora bien, si atendemos al tipo de productor o trabajador del agro, dentro del grupo de productores agrícolas destacan los ejidatarios en el caso de los hombres (ellos representan cerca de una cuarta parte de los sujetos agropecuarios) y en el grupo de trabajadores sobresalen las trabajadoras sin pago (alrededor de 60%), pero también los jornaleros para ambos sexos (30 y 20% hombres y mujeres, respectivamente en el año 2003).

En cuanto a la pregunta: ¿cómo son las estructuras por edad y sexo de los distintos sujetos agropecuarios?, es importante mencionar que hay una

[4] De acuerdo con el INEGI (2002), “los trabajadores agropecuarios son todos aquellos individuos que venden su fuerza de trabajo para realizar las faenas del campo más los que dentro de las familias o grupos territoriales son movilizados por productores sin que exista un acuerdo de remuneración entre ellos. Comprende tanto a los trabajadores directos (jornaleros, mozos y peones) como a empleados y operarios, pero también al personal de apoyo” (INEGI, 2002: Glosario). En síntesis, el grupo de trabajadores agropecuarios comprende a los jornaleros y peones, a los empleados y a los trabajadores sin pago, mientras que el grupo de productores comprende un subgrupo amplio de sujetos agropecuarios: los propietarios, los ejidatarios o comuneros, los ocupantes, los aparceros y los arrendatarios (en la nota 5 se describen con detalle cada uno de estos términos).



Cuadro 12.3. Distribución porcentual de los sujetos agropecuarios (México menos urbanizado)

	Hombres		*Mujeres*	
	1991	*2003*	*1991*	*2003*
Productores agrícolas	49.3	45.2	11.7	10.8
Propietarios	13.8	14.2	6.7	4.5
Ejidatarios o comuneros	24.8	24.3	3.2	5.1
Ocupantes	5.7	2.7	1.4	0.9
Aparceros y arrendatarios	4.9	4.0	0.5	0.3
Productores pecuarios sin tierra	0.7	2.0	1.9	8.5
Trabajadores	50.0	52.8	86.3	80.7
Jornaleros y peones	20.5	30.1	21.1	21.3
Empleados y operarios	3.8	2.1	0.5	1.0
Trabajadores sin pago	25.7	20.5	64.7	58.3
Total	8 173 458	6 502 376	1 671 562	1 216 712

Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

diferencia clara entre los productores y los trabajadores, ya que los primeros presentan una estructura relativamente envejecida, mientras que la estructura de los segundos es muy joven (gráfica 12.3), lo cual se explica por el hecho de que para ser productor se requiere de algún tipo de tenencia de la tierra, lo que puede ser poco común en la población joven, mientras que para ser trabajadores no se precisa de dicho requisito.

En lo que se refiere a las tendencias por edad a lo largo del tiempo, se aprecia el proceso de envejecimiento de los distintos sujetos agropecuarios, como ya se había mencionado. Tanto trabajadores como productores han incrementado su edad promedio; entre los hombres productores agrícolas la edad promedio pasó de 46.3 a 50.2 años y la edad de los hombres trabajadores pasó de 25.2 a 30 años. En el caso de las mujeres es interesante observar que la edad de las productoras prácticamente no cambió (50 años), mientras que las trabajadoras pasaron de 29.7 a 34.4 años de edad promedio (cuadro 12.4). De nuevo, este dato básico nos da algunos indicios en cuanto a los efectos de la migración en los contextos rurales, pues entre la población en general el aumento de la edad sólo fue de dos años (pasó de 33 a 35 años), mientras que para los sujetos agropecuarios este cambio fue del doble, lo cual podría asociarse a la salida de población joven.



Productores agrícolas, 1991

Hombres Mujeres

Grupos de edad: 65+, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 12-14

600 500 400 300 200 100 0 100

Población (miles)

Productores agrícolas, 2003

Hombres Mujeres

Grupos de edad: 65+, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 12-14

600 500 400 300 200 100 0 100

Población (miles)

Trabajadores del agro, 1991

Hombres Mujeres

Grupos de edad: 65+, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 12-14

1 400 1 200 1 000 800 600 400 200 0 200 400 600

Población (miles)

Trabajadores del agro, 2003

Hombres Mujeres

Grupos de edad: 65+, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 12-14

1 000 800 600 400 200 0 200 400

Población (miles)

Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

Gráfica 12.3. Estructuras por edad y sexo de los productores agrícolas y los trabajadores agrícolas (México menos urbanizado, 1991 y 2003).



Al desagregar a los distintos sujetos agropecuarios, apreciamos otros matices. En cuanto a los productores, si bien se esperaría que los propietarios fueran un poco mayores que los ejidatarios,[5] se observa que los ejidatarios presentan una edad promedio muy parecida a los propietarios (cuadro 12.4); en cierto sentido esto quizás refleje la transmisión de titularidad de tierras a edades mayores. Los ocupantes, aparceros y arrendatarios presentan una edad promedio menor a la de otros productores, sin embargo, se observan entre ellos edades promedio mayores al conjunto de sujetos agropecuarios.

Cuadro 12.4. Edades promedio de los sujetos agropecuarios (México menos urbanizado)

	Hombres		*Mujeres*	
	1991	*2003*	*1991*	*2003*
Productores agrícolas	46.3	50.2	50.8	50.4
Propietarios	48.2	52.0	51.0	49.9
Ejidatarios o comuneros	48.2	50.7	55.1	51.7
Ocupantes	38.1	43.4	42.1	47.0
Aparceros y arrendatarios	41.2	45.1	45.2	47.0
Productores pecuarios sin tierra	50.7	48.9	44.7	46.8
Trabajadores	25.2	30.0	29.7	34.4
Jornaleros y peones	30.1	35.2	28.8	32.5
Empleados y operarios	33.2	38.1	38.6	30.0
Trabajadores sin pago	20.2	21.4	29.9	35.1
Total	35.8	39.5	35.8	37.1

Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

[5] "Los distintos sujetos agropecuarios se definen de la siguiente manera: *a*] propietarios: aquellos dueños de la tierra que tienen como máximo 100 hectáreas de riego o humedad de primera o las que resultan de otra clase de tierra, de acuerdo con la siguiente equivalencia: hasta 150 ha dedicadas al cultivo de algodón, hasta 300 en cultivo de plátano, caña de azúcar, café, henequén, cocoteros, vid, olivo, quina, vainilla, cacao o frutales, o la superficie que no exceda lo necesario para mantener hasta 500 cabezas de ganado mayor o sus equivalencias en ganado menor y que tienen un título de propiedad; *b*] pequeños propietarios: aquellos titulares de una posesión agropecuaria adquirida a través de una transacción comercial, por herencia o donación, con la facultad a su vez de efectuar en su oportunidad y sin restricciones la venta de la tierra poseída u otras operaciones mercantiles entre particulares, tal como cederla en alquiler; *c*] ejidata-



En cuanto a los trabajadores, se aprecia claramente que la condición de trabajar sin pago en el caso de los hombres tiene que ver con ser joven (es el único grupo de sujetos agropecuarios que presenta edades promedio de 20 años), mientras que en el caso de las mujeres se aprecia que esta situación se puede presentar a mayores edades, pues la edad promedio es casi 15 años mayor a la de los hombres. Este último resultado hace pensar que quizá para

rios: aquellos titulares coparticipes de una posición agropecuaria otorgada por el Ejecutivo federal a un núcleo de población, bajo la restricción consistente en la imposibilidad de efectuar a través del mercado la cesión de sus derechos sobre la tierra a otros particulares, transmitiéndose la titularidad de la misma únicamente por herencia a miembros del núcleo familiar; lo anterior de acuerdo con lo establecido en el artículo 27 constitucional vigente al momento de la última encuesta (2003). La mayoría de los ejidos son parcelados o mixtos y sólo en una minoría de casos la tierra es trabajada y administrada colectivamente; *d*] comuneros: miembros de un núcleo de población cuya titularidad y garantías legales sobre su posesión ha sido reconocida por el Poder Ejecutivo Federal. El acceso a la tierra es un evento independiente, a diferencia de los ejidos, del acto de repartición de tierras, se trata más bien de un reconocimiento y sanción legal sobre una posesión previamente ejercida por el núcleo de población o comunidad; *e*] ocupantes: aquellos sujetos que laboran tierras prestadas o cedidas informalmente sin acuerdo de reciprocidad alguna, así como los individuos que utilizan tierras careciendo de garantías legales o sin tener sus derechos a salvo sobre las mismas y sin contar tampoco con un acuerdo o convenio entre particulares como sucedáneo de dicha garantía legal; *f*] aparceros: individuos que solicitan trabajar una porción de la tierra ajena, con el compromiso de compartir con el titular de la propiedad el producto en especie de su trabajo en dicha porción, las más de las veces por la mitad de lo obtenido (medieros). Esta repartición no es exclusiva del productor agrícola, presentándose también casos de aparcería ganadera; *g*] arrendatarios: aquellos que declaran acceder a la tierra laborable de la que ellos no son titulares, desembolsando una cantidad monetaria por el usufructo temporal de dicha tierra, sin necesidad de comprometer directamente el destino de lo obtenido por su actividad agropecuaria; *h*] productores pecuarios sin tierra: aquellos individuos con actividades pecuarias mercantiles o semimercantiles que no emprenden actividades agrícolas. Cuando algún individuo se encontraba en esta situación y su actividad pecuaria consistía en prestar sementales a cambio de una repartición de crías, se optó por considerarlo como un caso de aparcería ganadera; tal es el caso de la llamada "maquila de cerdos", como se le denomina en algunas regiones de Michoacán; *i*] jornaleros, mozos y peones: se utilizan estos términos para englobar a los trabajadores directos remunerados, ya sean agrícolas o de actividades pecuarias, siempre y cuando en el agro no desempeñen otra labor más que ésta; en otras palabras aquí no se incluyen productores agropecuarios que desempeñan actividades remuneradas en el campo, aun cuando fuesen las principales para su sustento; *j*] empleados agropecuarios: aquellas personas que laboran en las actividades de administración y supervisión de las empresas agrícolas o pecuarias" (INEGI, 2002: Glosario).



algunas mujeres la condición de trabajador sin pago puede darse, a lo largo de la vida. Este aspecto será retomado más adelante, cuando se discuta la importancia de vincular la esfera productiva con la reproductiva en los contextos rurales. Además de los trabajadores sin pago, los jornaleros son el segundo grupo con edad promedio más joven; no obstante, dicho indicador es mayor de 30 años, lo que quiere decir, que existe un grupo importante de jornaleros entre los 35 y 50 años (alrededor de una cuarta parte).

En cuanto a los productores pecuarios —el menor grupo de los sujetos agropecuarios— se aprecia una mayor participación en los grupos de edad intermedia, pero también un efecto claro de creciente participación femenina (gráfica 12.4). A principios de los noventa, este grupo era de población muy envejecida, pero en la actualidad hay mayor participación de adultos en edad mediana y, fundamentalmente, mujeres. Una pregunta al respecto de esta tendencia es la siguiente: ¿el trabajo pecuario estará asociado a aquellas actividades de traspatio realizadas básicamente por las mujeres?

Dada esta diversidad de estructuras por edad, una pregunta inmediata sería si estas diferencias también se aprecian en las condiciones de trabajo, para responder a esta inquietud se consideró necesario retomar la información sobre jornada laboral y remuneración mediana por hora trabajada, además de dar cuenta de ciertas condiciones de trabajo en cuanto a la dinámica del proceso productivo en el campo.

CONDICIONES DE TRABAJO

Las características de los sujetos agropecuarios son diferentes de las de los sujetos no agropecuarios y en realidad manifiestan una situación de desigualdad social en la cual las actividades agropecuarias muestran verdaderas condiciones precarias de trabajo. En primer lugar, la mayoría de los sujetos no agropecuarios son trabajadores asalariados, mientras que el grupo de sujetos agropecuarios realiza fundamentalmente actividades por cuenta propia y de trabajo familiar sin pago. Sin embargo, entre 1995 y 2003 se produce un incremento de trabajadores asalariados, especialmente en el caso de las mujeres.[6]

[6] Esta sección del capítulo analiza los cambios entre 1995 y 2003 debido a que los cuestionarios correspondientes a los años 1991 y 1993 presentan algunas diferencias frente a los cuestionarios de 1995 en adelante. Una de las diferencias es que la remune-



Productores pecuarios, 1991

Hombres Mujeres

Grupos de edad: 65+, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 12-14

80 60 40 20 0 20 40

Población (miles)

Productores pecuarios, 2003

Hombres Mujeres

Grupos de edad: 65+, 60-64, 55-59, 50-54, 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24, 15-19, 12-14

30 25 20 15 10 5 0 5 10 15 20

Población (miles)

Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

Gráfica 12.4. Estructuras por edad y sexo de los productores pecuarios (México menos urbanizado, 1991 y 2003).



Desde hace ya más de una década sabemos que ser asalariado no garantiza mejores condiciones de trabajo. No obstante, al comparar la situación de los sujetos agropecuarios y de quienes no lo son, puede considerarse que ser asalariado no agropecuario ofrece un menor riesgo de vulnerabilidad en términos de ingresos y seguridad social. Las remuneraciones por hora trabajada de los sujetos agropecuarios son mucho menores que las de los sujetos no agropecuarios (cuadro 12.5). En el caso de las mujeres, laborar en el agro significa ganar la mitad de lo que perciben las mujeres que no laboran en el agro; es muy probable que esta diferencia sea uno de los factores que ha llevado a las mujeres de los contextos menos urbanizados a una creciente inserción en actividades no agropecuarias, como bien lo han documentado investigaciones recientes (Garay, 2008, entre otros). En el caso de los hombres la situación es peor; mientras que la remuneración mediana de los hombres no agropecuarios en 2003 fue de casi 30 pesos por hora, la de los hombres que laboran en actividades agropecuarias fue de sólo 11.6 pesos por hora; evidentemente, la diferencia tiene que ver con el grado de calificación que requieren ciertas actividades no agropecuarias. Sin embargo, la brecha es bastante amplia como para comprender que las condiciones en contextos rurales y menos urbanizados son muy limitadas; además, la remuneración mediana de los hombres descendió en el periodo 1995-2003. De nuevo podemos relacionar esta situación con el creciente proceso de migración internacional en nuestro país.

Aunado a lo anterior, la jornada laboral de los sujetos agropecuarios es menor a la de los sujetos no agropecuarios (cuadro 12.5), lo cual se traducirá en un ingreso total menor. Al respecto de este resultado, podríamos suponer que es muy probable que se presente un proceso de subestimación en la declaración de la jornada laboral, pero también podríamos suponer procesos de sobreexplotación laboral, dado que existen estudios que han mostrado que la productividad de las labores agrícolas ha aumentado (David, Morales y Rodríguez, 2001). Por último, se hace especialmente visible la situación de vulnerabilidad de los sujetos agropecuarios al observar que sólo 4% de estos trabajadores tiene acceso a la seguridad social

ración de los productores agrícolas y pecuarios no se conoce en los dos primeros años, es por ello que se ha decidido analizar las condiciones de trabajo a partir de 1995. Cabe hacer la aclaración que las preguntas vinculadas a captar a los sujetos agropecuarios no presentan diferencias y es por ello que los apartados anteriores de este trabajo sí hacen uso de la información de 1991.



Cuadro 12.5. Condiciones de trabajo

	Sujetos no agropecuarios				*Sujetos agropecuarios*			
	1995		*2003*		*1995*		*2003*	
	H	*M*	*H*	*M*	*H*	*M*	*H*	*M*
Población ocupada la semana anterior (millones de trabajadores)	15.3	9.5	20.4	13.0	7.7	1.3	6.3	0.9
Posición en el trabajo	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Asalariado	69.1	64.2	70.4	65.0	32.7	13.6	36.9	23.4
Cuenta propia	20.4	22.9	20.7	23.6	39.5	18.1	41.8	26.9
Empleador	6.3	1.4	5.9	1.7	4.5	1.5	3.1	1.6
No remunerado	4.1	11.5	3.0	9.7	23.2	66.8	18.2	48.0
Ingreso mediano por hora (pesos)	29.7	23.6	28.7	24.6	13.4	11.9	11.6	12.3
Jornada laboral semanal (horas promedio)	43.9	35.7	43.9	36.0	40.2	25.7	39.1	26.2
Con seguridad social (%)	41.4	39.5	40.0	37.8	6.7	2.1	4.2	4.2
Ocupados en pequeños establecimientos (hasta 5 empleados)	48.3	55.2	48.6	53.8	82.0	84.8	86.6	81.7

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, 1995 y 2003, INEGI.

(IMSS o ISSSTE) en 2003. Lo anterior hace evidente que hay un grupo de trabajadores asalariados agrícolas que no se encuentra protegido; recordemos que entre los sujetos agropecuarios 30% de los hombres y 21% de las mujeres son jornaleros. Es probable que esta situación esté relacionada, en parte, con el contexto en el que se insertan los trabajadores agropecuarios, puesto que más de 80% produce o labora en unidades de menos de seis empleados.

Ahora bien, veamos algunas condiciones específicamente en el contexto agropecuario. En primer lugar, resalta el hecho de que sólo alrededor de 30% de los sujetos agropecuarios trabaja en instalaciones de riego; aunque en el caso de las mujeres se observa un incremento de participación en este tipo de instalaciones entre 1995 y 2003 (cuadro 12.6). Aunado a esto, se constató que un poco menos de 60% realiza sus labores sólo con herramientas manuales o con animales. En suma, los sujetos agropecuarios que fueron captados por el módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de



Empleo son pequeños productores, campesinos o bien trabajadores en condiciones laborales precarias. En parte, esta aseveración se confirma al preguntar a los trabajadores para quién trabajan, o bien, al preguntar a los productores quién les auxilia en las labores del campo. Una parte importante trabaja para pequeños productores o para ejidatarios o comuneros (alrededor de 75%), pero por supuesto se sabe que este grupo de trabajadores puede ser muy heterogéneo. Lo que queda claro es que las empresas agropecuarias son pocas o son ahorradoras de mano de obra, pues sólo se tiene entre 6 y 8% de trabajadores en estos contextos; aunque cabe destacar que en el periodo de estudio se presenta un incremento y en el caso de las mujeres el aumento es significativo (cuadro 12.6).

El último aspecto que interesa rescatar en cuanto a condiciones de trabajo es la pregunta que se hizo a los productores:¿quién les auxilia en las labores del campo?[7] Esta pregunta además nos permitirá introducir el tema del siguiente apartado. En primer lugar, es importante rescatar que entre 1995 y 2003 aumentó el rubro correspondiente a la no existencia de ayuda, de tal suerte que para 2003 cerca de 50% de los productores declaró no auxiliarse de nadie (cuadro 12.6), aunque cabe mencionar que en ese mismo año contrató trabajadores un poco menos de 20% de los productores. La gran proporción de productores que no se apoyó en alguien para las labores agrícolas apunta al tema del abandono del campo: ¿será reflejo de la imposibilidad de ayuda debido a la migración? Aunque la encuesta no permite responder a esta pregunta, existen diversos trabajos de corte cualitativo que hablan de este aspecto (Barrón, 1999; Marroni, 2000; Otero, 2004).

En segundo lugar, también es necesario rescatar la importancia del trabajo familiar sin pago: más de 40% de los productores señalaron auxiliarse principalmente de familiares sin pago en las labores del campo. Esta estrategia muestra una tendencia decreciente y, por ello, el siguiente apartado buscará conocer cómo se organizan los hogares en los contextos menos urbanizados en cuanto al uso de mano de obra y las fuentes de ingreso laboral.

[7] Vale la pena señalar que, en principio, esta pregunta incorpora rubros que no son excluyentes; de hecho, hay un grupo significativo que señala haberse auxiliado de personas a las que después ayudó sin pago, a la vez que recurrió también a familiares. Sin embargo, para hacer excluyentes los rubros se consideró la primera respuesta, de tal suerte que la pregunta se transforma en la siguiente: ¿quién le auxilia principalmente en las labores del campo?



Cuadro 12.6. Condiciones de producción y trabajo de los sujetos agropecuarios (México menos urbanizado)

	Productores				*Trabajadores*			
	1995		*2003*		*1995*		*2003*	
	H	*M*	*H*	*M*	*H*	*M*	*H*	*M*
Millones de personas	3.7	0.2	2.9	0.1	4.2	1.5	3.4	1.0
Infraestructura de riego (%)	20.1	19.7	16.6	11.2	30.1	22.6	31.7	31.4
Sólo utiliza herramientas manuales o animales (%)	73.4	87.9	72.1	81.6	57.1	75.2	57.2	57.9
Tipo de empleador	—	—	—	—	100.0	100.0	100.0	100.0
Empresa agropecuaria	—	—	—	—	3.5	1.3	5.7	8.4
Agricultor, ranchero	—	—	—	—	12.9	7.2	12.9	5.0
Pequeño propietario	—	—	—	—	34.6	37.3	36.0	39.8
Ejidatario o comunero	—	—	—	—	42.9	47.1	39.2	33.9
Persona no propietaria	—	—	—	—	2.9	4.1	2.7	6.9
Otros	—	—	—	—	3.2	3.0	3.6	6.0
Ocupó trabajadores asalariados (%)	31.7	25.3	19.0	18.4	—	—	—	—
¿Quién le auxilió en las labores del campo?	100.0	100.0	100.0	100.0	—	—	—	—
Personas que después ayudaron sin pago	10.9	8.2	8.7	3.5	—	—	—	—
Familiares con pago	2.7	1.1	1.8	1.7	—	—	—	—
Familiares sin pago	48.1	63.6	40.7	44.3	—	—	—	—
Personas sin pago	0.6	1.5	1.4	1.0	—	—	—	—
Nadie	37.6	25.4	47.3	49.5	—	—	—	—

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, 1995 y 2003, INEGI.

ORGANIZACIÓN DE LAS FAMILIAS EN NUESTRO CONTEXTO DE ESTUDIO

Entrar a esta temática implica abordar diferentes problemáticas. Una de ellas se vincula a la discusión producción-reproducción, así que sería interés de este apartado dar cuenta de la división del trabajo en los hogares de los contextos menos urbanizados. Algunas de las preguntas podrían ser: ¿en hogares dirigidos por los productores la división del trabajo será diferente a la de aquellos dirigidos por trabajadores?, ¿se encuentran en distintas etapas del ciclo de vida familiar los distintos tipos de hogares? Y, ¿cómo son las jornadas extradomésticas y domésticas en estas unidades familiares?



Por otro lado, recuperando de cierta manera, la idea de las tipologías, ¿existirán diferencias según sean unidades campesinas de subsistencia o unidades de producción para el mercado? Y, fundamentalmente, ¿cómo se conforman los ingresos laborales en las unidades domésticas de los sujetos agropecuarios? En fin, existe una serie de inquietudes en este campo analítico, pero antes de abordar la respuesta a estos interrogantes una pregunta inmediata sería: ¿cuántos hogares en los contextos rurales se conforman por sujetos agropecuarios?

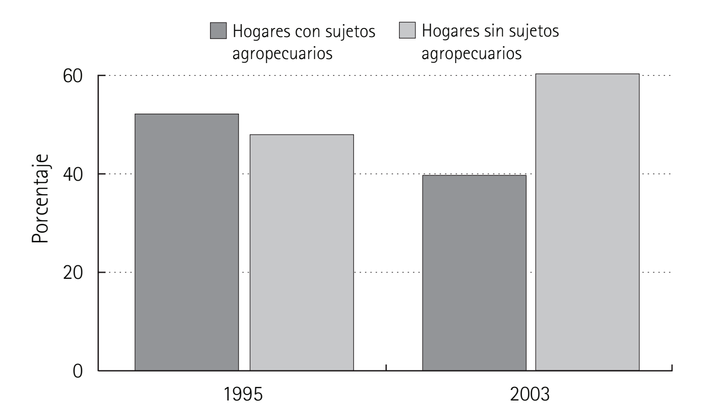
Pues bien, en el año 1995, en los contextos menos urbanizados la proporción de hogares con sujetos agropecuarios (52.1%) era ligeramente mayor a la de los hogares sin sujetos agropecuarios (47.9%). Sin embargo, en el año 2003 la situación se invierte (gráfica 12.5);[8] esto nos habla de un proceso de transformación acelerada hacia finales del siglo XX en términos de la conformación de hogares en este tipo de ámbitos espaciales, pues la proporción de unidades domésticas sin sujetos agropecuarios alcanza un valor ligeramente superior a 60%. Cabe mencionar que esta situación varía según el tamaño de la localidad; para el último año del que se tiene información de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE, 2003) se observa que mientras que en las localidades rurales alrededor de 65% de los hogares incluía algún miembro declarado "sujeto agropecuario", este porcentaje es mucho menor en localidades de 2 500 a 15 000 habitantes (alrededor de 30%) y en localidades de 15 000 a 99 999 habitantes (alrededor de 10%) (gráfica 12.6).[9] Es decir, los contextos menos urbanizados se encuentran absolutamente diferenciados por el corte rural.

Una segunda pregunta sería: ¿cómo se conforma el ingreso laboral de estos hogares? En primer lugar, es importante mencionar que los hogares en los contextos menos urbanizados en su mayoría se conforman de ingresos laborales no agropecuarios, con la característica de que esta situación no cambia sustancialmente entre 1995 y 2003, apreciándose un aumento

[8] De nuevo, vale la pena aclarar que en los años de 1991 y 1993 no se les preguntó a los productores sobre sus ingresos y, por ello, al atender a temas que involucran esta variable sólo se puede retomar información desde el año de 1995.

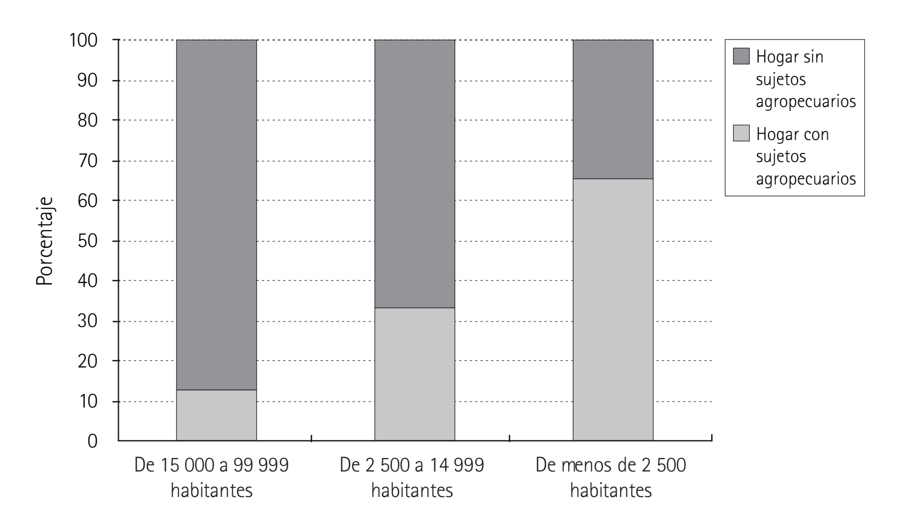
[9] Únicamente a partir de 1999 es cuando la información de la ENE se hace representativa para cuatro tipos de localidad; previo a este periodo la representación sólo alcanzaba a las zonas más urbanizadas y a las menos urbanizadas, como ya se ha indicado previamente. Por otro lado, los cambios entre 1999 y 2003 no son tan pronunciados y es por ello que se decide presentar únicamente el último año de observación (2003).





Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

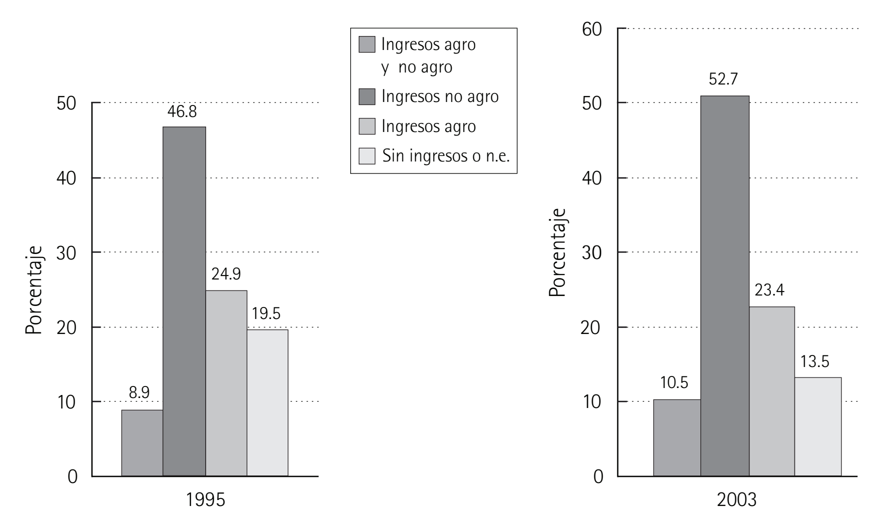
Gráfica 12.5. Distribución porcentual de los hogares por conformación de sujetos agropecuarios y no agropecuarios (México menos urbanizado, 2003).



Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

Gráfica 12.6. Distribución porcentual de los hogares por conformación de sujetos agropecuarios y no agropecuarios, según tamaño de localidad, 2003.


EL COLEGIO DE MÉXICO



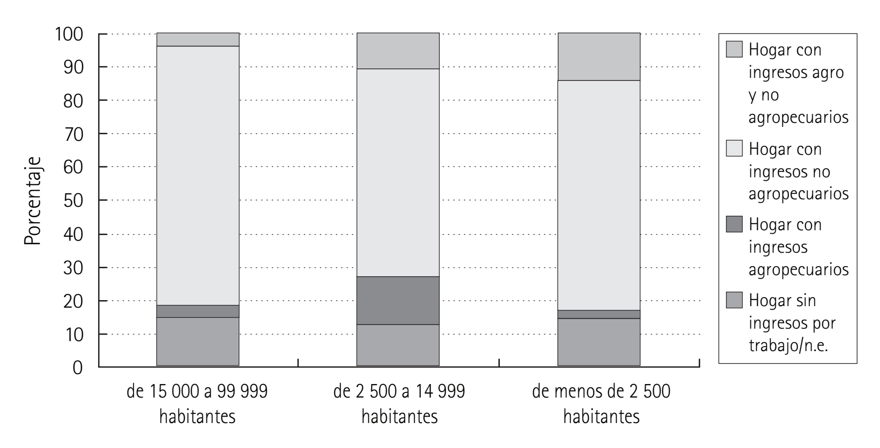
Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

Gráfica 12.7. Distribución porcentual de los hogares por tipo de ingreso laboral, (México menos urbanizado, 1995 y 2003).

de los hogares con ingresos laborales exclusivamente no agropecuarios (gráfica 12.7). Este resultado constata lo que ya se ha mencionado en distintos estudios sobre la situación del campo: las condiciones son tan precarias que las personas tienen que vivir de otras fuentes de ingreso (Carton de Grammont, 2007).

Vale la pena abordar esta situación por tamaño de localidad, dado que la mayor proporción de población en edad de trabajar en contextos menos urbanizados habita en contextos rurales (17.9 millones en localidades rurales, frente a 10.4 en localidad de 2 500 a 14 999 habitantes, y otros 10.4 millones en localidades de 15 000 a 99 999 habitantes). En contextos rurales más de 40% de los hogares tiene ingresos laborales exclusivamente agropecuarios, lo que se vincula a situaciones de subsistencia de importancia significativa; otro 30% vive de ingresos exclusivamente no agropecuarios y 14.4% se organiza combinando ingresos agropecuarios con ingresos no agropecuarios (gráfica 12.8). Ahora bien, hay un grupo importante de hogares (13.5%) que no declara ingresos laborales; este último resultado puede ser reflejo de una subestimación de dichos ingresos, pero otra explicación, no necesariamente excluyente de la anterior, puede tener que ver con





Fuente: módulo agropecuario de la Encuesta Nacional de Empleo, INEGI.

Gráfica 12.8. Distribución porcentual de los hogares por tipo de ingreso laboral, según tamaño de localidad (México menos urbanizado, 2003).

el hecho de que algunos hogares vivan de transferencias gubernamentales, familiares y de remesas (de hecho se observa más adelante que este tipo de hogares incluyen un número importante de adultos mayores). Por su parte, las localidades de 15 000 a 99 999 habitantes muestran un ingreso laboral agropecuario muy poco significativo, aspecto que permite resaltar el acierto de poder tener acceso a información según diferentes tamaños de localidad, dado el carácter absolutamente diferencial de los contextos rurales, lo que en años anteriores a 1999 no se percibía.

Para terminar este apartado se consideró necesario analizar algunas características sociodemográficas según las formas de organización de la mano de obra familiar. Es decir, se conformaron tipos de hogar en función del uso exclusivo o no exclusivo de la mano de obra familiar dedicada a la producción en el agro, al trabajo asalariado en el agro, o bien, al trabajo no agropecuario; así se obtuvieron ocho tipos de unidades domésticas. De nuevo resulta claro que en los contextos menos urbanizados el arreglo familiar, que sólo incluye miembros dedicados a las actividades no agropecuarias, resulta ser el más importante; y entre 1995 y 2003 aumenta casi 10 puntos porcentuales y representa a la mitad de los arreglos familiares en los contextos de estudio (cuadro 12.7). Sin embargo, a principios de este siglo (2003) un poco menos de 40% de los hogares organiza su mano de obra con sujetos agropecuarios, con la característica de que cerca de una cuarta



parte de estos hogares se conforman exclusivamente de mano de obra agropecuaria (aspecto no despreciable si observamos que, en número absolutos, son cerca de tres millones de unidades domésticas).

En cuanto al tamaño de los hogares, se observa que son los arreglos laborales que combinan productores y trabajadores del agro con actividades no agropecuarias los que presentan el mayor número de residentes, por ello uno podría pensar que se requiere de un cierto tamaño de familia para poder lograr este tipo de combinaciones (aunque no olvidemos que este tipo de hogares sólo representó 3.8% en el año 2003), y aun así no son los que muestran los ingresos medianos más elevados (cuadro 12.7). Por otra parte, los hogares más pequeños son sin duda los que no incluyen personas económicamente activas y el tamaño promedio es de alrededor de 2.7 miembros por hogar. En gran parte son hogares conformados por adultos mayores; de hecho la edad de la jefatura declarada es de alrededor de 60 años. Finalmente, son los arreglos familiares que se conforman exclusivamente de trabajadores del agro, o bien, exclusivamente de trabajadores no agropecuarios los que muestran un menor tamaño y esto se encuentra relacionado con la etapa del ciclo de vida familiar (que en esta ocasión se aproximó por la edad de la jefatura declarada), pues los jefes(as) declarados en estos dos tipos de hogares muestran alrededor de cinco años menos que los jefes de otros arreglos familiares.

Ahora bien, en párrafos anteriores habíamos clasificado los hogares según las combinaciones de ingreso, ahora nos interesa conocer cuál es el nivel de ingreso laboral que alcanzan los distintos arreglos familiares ocupacionales. Cabe aclarar que en el cuadro 12.7 se presentan dos tipos de información de ingresos: la primera de ellas presenta los ingresos medianos para el conjunto de hogares en cada arreglo y la segunda sólo considera aquellos hogares que reciben un ingreso monetario por su trabajo. La razón de incluir los dos tipos de información tiene que ver con el hecho de que una parte importante de hogares conformados exclusivamente por sujetos agropecuarios se organiza como unidades de autoconsumo o de verdadera subsistencia (alrededor de 80% de los hogares de productores o trabajadores del agro presenta ingresos inferiores a 20 pesos la hora), lo cual puede verse reflejado en el primer tipo de cifras.

El panorama no es nada alentador para el conjunto de hogares de los contextos menos urbanizados, ya que la suma de ingresos por hora trabajada de los hogares es muy reducida en su conjunto. En el caso particular



Cuadro 12.7. Algunas características sociodemográficas según arreglos laborales familiares
(México menos urbanizado)

	Sólo productores	*Sólo trabajadores agropecuarios*	*Productores y trabajadores agropecuarios*	*Productores y no agropecuarios*	*Trabajadores agropecuarios y no agropecuarios*	*Productores y trabajadores agropecuarios y no agropecuarios*	*Sólo no agropecuarios*	*Hogares sin ocupados*	*Total hogares menos urbanizados*
Número de hogares									
1995	1 148 179	959 096	1 243 798	804 767	566 473	743 864	4 200 163	822 933	10 489 273
2003	1 102 928	1 006 998	847 222	758 860	726 281	479 669	6 229 451	1 375 354	12 526 763
Distribución porcentual									
1995	10.9	9.1	11.9	7.7	5.4	7.1	40.0	7.8	100.0
2003	8.8	8.0	6.8	6.1	5.8	3.8	49.7	11.0	100.0
Tamaño hogar									
1995	4.0	4.8	5.8	5.1	5.5	6.7	4.6	2.8	4.8
2003	3,8	4.3	5.7	4.8	5.4	6.3	4.3	2.7	4.3
Edad del jefe									
1995	47.7	42.8	50.1	47.1	47.2	49.4	43.0	58.8	46.6
2003	51.9	44.3	52.7	52.1	46.4	51.6	45.1	57.6	48.3
Ocupados por hogar									
1995	1.0	1.4	2.5	2.1	2.4	3.5	1.7	0.1	1.8
2003	1.0	1.2	2.4	2.3	2.4	3.4	1.7	0.1	1.6
Ingresos laborales (por hora trabajada)									
1995	2.9	9.9	3.0	17.0	21.3	15.9	19.0	0.0	12.1
2003	2.5	11.2	4.5	19.3	25.2	20.2	23.3	0.0	15.2
Ingresos laborales mayores que cero (por hora trabajada)									
1995	5.9	11.9	7.1	17.5	22.1	16.8	21.1	0.0	15.9
2003	2.7	12.8	4.7	19.4	25.3	20.4	24.2	0.0	18.6
Jornada doméstica									
1995	50.6	53.0	50.3	38.1	41.7	42.7	38.8	40.3	43.3
2003	47.2	46.6	55.3	33.0	35.6	36.6	32.7	37.8	37.5

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, 1995 y 2003, INEGI.



EL COLEGIO DE MÉXICO

de aquellos hogares conformados solamente por sujetos agropecuarios, se refleja claramente un contexto muy generalizado de autoconsumo; por ejemplo, en el arreglo de "sólo productores" la suma de ingresos laborales por hora es de 2.5 pesos en 2003, y en el caso de aquellos hogares que sí reciben ingresos laborales la cantidad no cambia mucho (2.7 pesos) (cuadro 12.7), lo cual quiere decir que hay un porcentaje importante de trabajo invisible, particularmente porque al observar el número promedio de ocupados en estos hogares, sólo se alcanza la unidad. Esta situación está articulada con las jornadas reproductivas: las mujeres en los hogares conformados por sujetos agropecuarios en promedio trabajan 50 horas a la semana (cuadro 12.7), lo cual indica la importancia de la esfera de la reproducción en estos contextos.

Finalmente, son los hogares que combinan trabajo agrícola con trabajo no agrícola o sólo realizan trabajo no agropecuario quienes pueden presentar una mejor condición relativa en sus ingresos por trabajo, pero vale la pena observar que aquellos hogares que combinan necesitan un mayor número de mano de obra familiar para alcanzar dichos ingresos, mientras que los hogares conformados por miembros que sólo realizan actividades no agropecuarias requieren de un menor número de miembros trabajando para alcanzar un nivel familiar de ingreso cercano a 25 pesos la hora. Este último resultado constata los hallazgos reportados en una extensa bibliografía especializada en cuanto a la necesidad de diversificar ingresos (Carton de Grammont, 2007), pero tiene la virtud de mostrar una fotografía de escala nacional.

REFLEXIONES FINALES

Este trabajo pretende formar parte de aquellos estudios poblacionales en los que la lógica de la interrelación de la estructura agraria y la dinámica poblacional busca superar las formulaciones separadas. En cierto sentido, se aproxima más a las formulaciones sobre la dinámica productiva y reproductiva de la fuerza de trabajo. Así, se aborda la problemática de los "sujetos agropecuarios" desde diferentes niveles; se inicia el capítulo con una reflexión sobre la tendencia poblacional en los contextos rurales, con la idea de presentar dicha tendencia como una de las dimensiones de la reproducción poblacional absolutamente articulada con los procesos productivos, es decir, la tendencia decreciente de la proporción de la población



rural se encuentra inmersa en la dinámica productiva del país, de tal suerte que el paso hacia una dinámica económica más diversificada transformó el espacio nacional urbanizándolo y terciarizando los procesos productivos. No obstante, hacia finales del siglo XX aún una cuarta parte de la población habitaba contextos rurales y cerca de 15% de la mano de obra se encontraba inserta en el sector primario, representando en términos absolutos a cerca de ocho millones de personas en el año 2003.

¿Cuál es la conformación poblacional de estos sujetos agropecuarios? Es la segunda aproximación a la interrelación de la dinámica poblacional y la estructura agraria. Para ello se hizo uso de un eje diferenciador primario en los estudios de población: las estructuras por edad y sexo de la población de estudio. Esta herramienta analítica permite dialogar sobre la dinámica poblacional dado que las estructuras por edad y sexo son la expresión de la evolución de la fecundidad y mortalidad a lo largo del tiempo, pero también dan cuenta de los procesos migratorios. Así, se aprecia en términos generales una población más joven en los contextos rurales, pero estructuras mucho más envejecidas para algunos sujetos agropecuarios —por ejemplo, los productores— y, prácticamente, una ausencia muy importante de población femenina; es decir, la dinámica de reproducción de la fuerza de trabajo en estos contextos conformó un universo heterogéneo etariamente hablando, pero fundamentalmente masculinizado.

La tercera dimensión que se aborda en este trabajo se vincula a las condiciones de trabajo de esta población. De entrada se buscó constatar la situación de desigualdad de la fuerza de trabajo agropecuaria frente a la mano de obra no agropecuaria. Además, se describieron ciertas condiciones de los propios sujetos agropecuarios que hacen suponer que las dinámicas de producción y reproducción en los contextos menos urbanizados conformaron una población que en su mayoría refleja una dinámica de subsistencia generalizada, integrada por pequeños propietarios y trabajadores sin tierra y un polo de población muy reducido inserto en contextos modernos de producción con alta tecnificación.

Finalmente, el acercamiento desde la perspectiva de la reproducción de la fuerza de trabajo obliga a identificar la conformación de los espacios familiares residenciales, confirmándose que aquellas condiciones laborales precarias de los sujetos agropecuarios (expresión en escala individual) se manifiestan en la escala familiar en la formación de unidades domésticas que requieren ingresos no agropecuarios para su subsistencia. Así, que aquellas relaciones de producción que en los ochenta se ilustraban a partir de



unidades exclusivamente con trabajadores asalariados, o bien, aquellas que ocupaban preferentemente trabajo familiar se diversifican y son las unidades que combinan diferentes tipos de trabajo una forma de transición hacia unidades donde el trabajo no agropecuario permite una mejor condición de vida en los contextos menos urbanizados.

Pero, también, el acercamiento desde el tipo de localidad, las unidades domésticas y las condiciones de trabajo de los sujetos agropecuarios permitieron dar cuenta de un universo heterogéneo en su interior que expresa diferentes estrategias del proceso productivo y de la dinámica reproductiva de la población de estudio.

REFERENCIAS

Appendini, K., 1992. *De la milpa a los tortibonos. La restructuración de la política alimentaria en México*. México, El Colegio de México.

Appendini, K., y M. De Luca, 2006. *Estrategias rurales en el nuevo contexto agrícola mexicano. Género y trabajo*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

Arizpe, L., 1980. La migración por relevos y la reproducción social del campesinado, *Cuadernos del* CES (28).

Barrón, A., 1999. Las migraciones en los mercados de trabajo de cultivos intensivos en fuerza de trabajo: un estudio comparativo, en H. Carton de Grammont *et al*. (coords.). *Agricultura de exportación en tiempos de globalización. El caso de las hortalizas, frutas y flores*. México, Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial-Universidad Autónoma Chapingo-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Juan Pablos, pp. 255-283.

Brandão Lopes, J.R., V. Caldeira y G. Müller, 1980. *Estado, estructura agraria y población: el caso de Brasil*. México, Terra Nova.

Cabrera, G., y S. Lerner, 1977. Croissance de la population et changement agraire: révision des résultats relatifs au Tiers Monde, documento presentado en el XVIII Congreso Internacional de Población. México, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP).

Carton de Grammont, H., 1999. La modernización de las empresas hortícolas y sus efectos sobre el empleo, en H. Carton de Grammont *et al*. (coords.). *Agricultura de exportación en tiempos de globalización. El caso de las hortalizas, frutas y flores*. México, Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial-Universidad Autónoma Chapingo-Ins-



tituto de Investigaciones Sociales, UNAM-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Juan Pablos, pp. 3-22.

Carton de Grammont, H., 2004. La nueva ruralidad en América Latina, *Revista Mexicana de Sociología* **LXVI** (número especial): 279-300.

Carton de Grammont, H., 2007. *La desagrarización del campo mexicano*, ponencia presentada en el congreso Encrucijadas del México Rural: Contrastes Regionales en un Mundo Desigual. Veracruz, Asociación Mexicana de Estudios Rurales, 22 a 26 de octubre.

Cortés, F., T. Fernández y M. Mora, 2008. Evolución y características sociodemográficas de los hogares agrícolas, entre 1992 y 2002, en A. Puyana y J. Romero (coords.). *El sector agropecuario y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Efectos económicos y sociales*. México, El Colegio de México, pp. 67-130.

David, M.B. de A., C. Morales y M. Rodríguez, 2001. Modernidad y heterogeneidad: estilo de desarrollo agrícola y rural en América latina y el Caribe, en M.B. de A. David (comp.), *Desarrollo rural en América Latina y el Caribe ¿La construcción de un nuevo modelo?* Bogotá, Alfaomega, pp. 41-88.

Fernández, S., y J.B. Morelos, 1977. *Análisis comparativo de la información sobre población ocupada: censos de población y agrícola*. México, Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo, Secretaría del Trabajo y Previsión Social (Avances de Investigación, 5).

Flores, N., 2005. *Heterogeneidad del trabajo agrícola en México en la forma en que se organiza el proceso productivo. Estudio comparativo entre los años 1993 y 2003*, tesis de maestría en Población. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Garay, S., 2008. *Trabajo rural femenino en México: tendencias recientes*, tesis de doctorado en Estudios de Población. México, El Colegio de México.

García Guzmán, B., 1976. Anticoncepción en el México rural, 1969, *Demografía y Economía* **10** (3): 297-351.

García Guzmán, B., 1984. Dinámica ocupacional rural y urbana en el sureste de México, 1970-1980, *Demografía y Economía* **18** (3): 445-488.

García Guzmán, B., 1988. *Desarrollo económico y absorción de la fuerza de trabajo en México*. México, El Colegio de México.

García Guzmán, B., 1992. La feminización en la actividad económica, en *Demos 1992*, pp. 23-24.

García Guzmán, B., 1996. Las implicaciones del nuevo modelo de desarrollo, en *Demos 1996*, pp. 15-16.

García Guzmán, B., M. Blanco y E. Pacheco, 1999. Género y trabajo extradoméstico en México, en B. García (coord.). *Mujer, género y población en México*. México, Sociedad Mexicana de Demografía-El Colegio de México, pp. 273-316.

INEGI, 1995. *Encuesta Nacional de Empleo*. México.

INEGI, 2000. *Encuesta Nacional de Empleo*. México.



INEGI, 2002. *Encuesta Nacional de Empleo*. México.
INEGI, 2007. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. México.
Lara, S., 1998. *Nuevas experiencias productivas y nuevas formas de organización flexible del trabajo en la agricultura mexicana*. México, Juan Pablos.
Lara, S., 1999. Flexibilidad productiva y trayectorias laborales: la floricultura de exportación en México, en H. Carton de Grammont *et al*. (coords.). *Agricultura de exportación en tiempos de globalización. El caso de las hortalizas, frutas y flores*. México, Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial-Universidad Autónoma Chapingo-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Juan Pablos, pp. 285-310.
Lerner, S., 1984. Cambios en la estructura agraria y dinámica poblacional. Introducción, *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, II. México, UNAM-PISPAL, El Colegio de México, pp. 507-515.
Lerner, S., y A. Quesnel, 1982. La estructura familiar como expresión de condiciones de reproducción social y demográfica, ponencia presentada en la VII Reunión del Grupo de Trabajo sobre el Proceso de Reproducción de la Población, Cuernavaca. México, CLACSO, 2 a 5 de febrero.
Marroni, M. da G., 2000. *Las campesinas y el trabajo rural en México de fin de siglo*. Puebla, Universidad Autónoma de Puebla.
Martínez, C., 1993. *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*. México, El Colegio de México-UAM/Xochimilco.
Martínez, M., y T. Rendón, 1978. Fuerza de trabajo y reproducción campesina, *Comercio Exterior* **28** (6): 663-674.
Martínez, M., T. Rendón y G. Landázuri, 1982. Algunas estrategias de reproducción de las unidades domésticas campesinas, en *Investigación demográfica en México*. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 661-618.
Miró, C., y D. Rodríguez, 1981. *Capitalismo y población en el agro latinoamericano. Revisión de algunos estudios recientes*. México, El Colegio de México (Cuadernos del PISPAL, 13-14).
Otero, G., 2004. *¿Adiós al campesinado? Democracia y formación política de las clases en el México rural*. México, Universidad Autónoma de Zacatecas-Simon Fraser University-Miguel Ángel Porrúa.
Oliveira, O. de, M. Ariza y M. Eternod, 2001. La fuerza de trabajo en México un siglo de cambios, en J. Gómez de León y C. Rabell (coords.). *Cien años de cambios demográficos en México*. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 873-923.
Puyana, A., y J. Romero, 2008. *El sector agropecuario mexicano: un decenio con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Efectos económicos y sociales*. México, El Colegio de México.
Quilodrán, J., 1982. Algunas características de la fecundidad rural en México: datos de la encuesta de fecundidad rural, en Consejo Latinoamericano de Cien-



cias Sociales, *Reproducción de la población y desarrollo*. 3, *Métodos y técnicas en los estudios de reproducción de la población*. México, pp. 363-386.

Rendón, T., 1977. El problema ocupacional en las áreas rurales y su conceptualización, *Demografía y Economía* **11** (2): 113-134.

Rendón, T., 1989. El empleo y patrones de crecimiento económico, en *Demos 1989*, pp. 24-25.

Rendón, T., y C. Salas, 1987. Evolución del empleo en México: 1895-1980, *Estudios Demográficos y Urbanos* **2** (2): 118-230.

Stern, C., 1979. Las migraciones rural-urbanas, *Cuadernos del* CES (2).

STPS, 1994. *El mercado de trabajo en México. 1970-1992*. México.

Szasz, I., 1993. *Migración temporal en Malinalco. La agricultura de subsistencia en tiempos de crisis*. México, El Colegio de México-El Colegio Mexiquense.

Torres, A.M., 1983. Cambios en el comportamiento reproductivo y su vinculación con los cambios en la estructura agraria en América Latina, *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, II. México, UNAM-PISPAL, El Colegio de México, pp. 517-538.

Urquidi, V., y J.B. Morelos (comps.). 1979. *Crecimiento de la población y cambio agrario*. México, El Colegio de Mexico.

Wainerman, C., y Z. Rechinni de Lattes, 1981. *El trabajo femenino en el banquillo de los acusados. La medición censal en América Latina*. México, Terra Nova.

Yúnez-Naude, A., 1992. El Tratado de Libre Comercio y la agricultura mexicana: un enfoque de equilibrio general, *Estudios Económicos* **7** (2): 225-267.

Yúnez-Naude, A., 2005. Sectores de América del Norte: la agricultura, ponencia presentada en el seminario *América del Norte: Los siguientes diez años*. México, El Colegio de México, 13 y 14 de enero.

Zúñiga, M.E., *et al*., 1983. Organización del trabajo familiar y algunas reflexiones sobre la importancia en la fecundidad de los grupos sociales en el área rural de México, ponencia presentada en el Congreso Latinoamericano sobre Población y Desarrollo. México, 8 a 10 de noviembre.





CM
EL COLEGIO
DE MÉXICO
70
AÑOS

13
POLÍTICAS DE POBLACIÓN: VIEJOS Y NUEVOS DESAFÍOS

*Alfonso Sandoval Arriaga**

CONTENIDO

Algunas precisiones (y desafíos) conceptuales 432
El desarrollo histórico: un siglo de políticas de población en México 435
El balance y los desafíos 445
Repensar la racionalidad de las políticas, 445; Avanzar en una reformulación integral de las políticas, 449
Referencias 452

* Fondo de Población de las Naciones Unidas: <*sandoval@unfpa.org*>. Las opiniones expresadas en este capítulo son de naturaleza personal y no reflejan la posición oficial del organismo.

CM EL COLEGIO DE MÉXICO 70 AÑOS

ALGUNAS PRECISIONES (Y DESAFÍOS) CONCEPTUALES

La expresión "políticas de población" puede resultar engañosamente sencilla. En efecto, ¿qué sería más conocido que las "políticas" y que la "población", al menos para una opinión pública medianamente informada? Sin embargo, como veremos, no es fácil siquiera delimitar el ámbito empírico de estas políticas y menos aún establecer una conceptualización rigurosa para su comprensión y análisis. Por mencionar sólo dos ejemplos de los frecuentes malos entendidos al respecto: ¿la existencia de programas con incidencia en determinadas variables demográficas, como pueden ser los de salud reproductiva, implica la vigencia de una política de población? ¿Lo mismo podría decirse de la presencia de ciertas estructuras institucionales con atribuciones en población o en demografía, ya sean "consejos", "comisiones" o "institutos"? Trataremos de mostrar que ni una cosa ni la otra suponen necesariamente que exista una política de población explícita y actuante en determinado país o ámbito territorial.

El caso de México es, sin duda, paradigmático en este campo. No sólo se trata de uno de los países que, desde los años setenta del siglo XX, adoptó una serie de formulaciones jurídicas, programáticas e institucionales en materia de población, constituyéndose en vanguardia y ejemplo de diversas recomendaciones internacionales en este campo; sino que es una de las muy pocas naciones que ya contaba con una definición previa de "política de población" (incluyendo una legislación específica), por lo menos desde cuatro décadas antes. Por lo mismo, los cuestionamientos anteriores resultan especialmente pertinentes al analizar la experiencia mexicana.

Una razón adicional que nos impide ser concluyentes y plenamente sistemáticos en el estudio de las políticas de población (sea cual sea el país al que nos estemos refiriendo) es el insuficiente desarrollo de la reflexión teórica y de la investigación comparativa al respecto. Las aproximaciones efectuadas desde distintos ángulos del pensamiento sociopolítico sobre las políticas de población han sido fragmentarias y discontinuas, a pesar de haber transcurrido periodos de intensa atención pública sobre los temas de población, principalmente alrededor de dos eventos internacionales que han sido clave para la promoción de decisiones de política en materia de población: la Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994).[1]

[1] La extensa lista de publicaciones dedicadas a los cambios en las orientaciones de las políticas de población, sobre todo alrededor del "nuevo paradigma" surgido de la



Teniendo en cuenta estas limitaciones, es fundamental hacer referencia a los cuatro principales enfoques teóricos desarrollados hasta ahora (o al menos, parcialmente aplicados) en torno a la conceptualización de las "políticas de población".

El primero de ellos es el que se deriva de la teoría política clásica, en la cual se concebía al Estado-nación como una entidad conformada orgánicamente por tres elementos: la población, el territorio y la soberanía (o el poder político). En este marco, la "política de población" vendría a ser una "política de Estado", inmanente a la propia integración de la unidad nacional y tan ineludible como puede ser una "política territorial" para los mismos efectos.[2] Una expresión que resume el sentido de esta conceptualización, en el caso de la primera época de la política de población en México, es la siguiente: "la política de población […] consiste en la actividad que las autoridades públicas desarrollan para salvaguardar los intereses nacionales en el campo de la población" (Loyo, 1975: 31). Una formulación más reciente y que buscaba ofrecer una definición más rigurosa, con este mismo enfoque conceptual, sería: "un aspecto de la acción política, manifestada principal pero no exclusivamente como actividad del Estado, que se orienta a regular la cantidad, la composición y la movilidad de la población en un espacio social y territorial determinado" (Sandoval, 1988: 16).

Un segundo enfoque se desprende de las llamadas "ciencias o análisis de políticas", centradas ya no en la conformación del Estado-nación como tal, sino el estudio y el diseño de las "políticas públicas", es decir, de los conjuntos particulares de objetivos y medios dispuestos para dar respuesta a la agenda pública en cualquiera de sus niveles (global, regional, nacional, local, etc.). Desde esta perspectiva, el plural se impone: más que hablar de *una* política de población (nacional e integrada), se nos abre una multiplicidad de "políticas públicas en temas de población", ya sea por campos temáticos, por espacios territoriales, por grupos de población, por sectores

Conferencia de El Cairo, no implica necesariamente un avance consistente de los conceptos y la teorización al respecto, sino muchas veces la confrontación repetitiva de posiciones ideológicas o el recuento de procesos de negociación política. Como ejemplo de algunas aproximaciones analíticas en torno a esa etapa de redefiniciones, véanse McIntosh y Finkle (1995) y Sandoval (2002).

[2] Los clásicos del pensamiento político, desde el Renacimiento, abundan en referencias a la población en este sentido. Una exposición rigurosa y más actual de esta concepción se encuentra en Heller (1985), autor que resalta de manera particular el papel de la población como sustrato principal del Estado-nación.



programáticos, etc. Cada una de estas políticas podría tener su propia racionalidad, en función de diagnósticos y percepciones particulares, de los grupos de interés involucrados, del grado de desarrollo de las agendas políticas y sociales, del grado y las modalidades de participación de los beneficiarios y de muchos otros factores. Podríamos hablar así de *políticas* —y no sólo de *programas*— "de migración", "de planificación familiar", "de derechos reproductivos", "de derechos sexuales", "de población indígena", "interétnicas", "de juventud", "de envejecimiento", "de distribución de la población", "de crecimiento demográfico", así como de "políticas de población" nacionales, regionales, estatales, municipales, etcétera.[3]

Los dos enfoques que se mencionan a continuación no son, en sentido estricto, equiparables a los anteriores, ya que constituyen más bien intentos de "reconceptualización" o de "teorización crítica" sobre las políticas de población, caracterizadas ya sea como políticas de Estado o como políticas públicas. Tendríamos así, en primer término, un enfoque de inspiración histórico-estructural o marxista, en el cual se entendería a las políticas de población como parte de las estrategias para asegurar una reproducción más funcional del sistema económico-social capitalista, tanto en los ámbitos nacionales como internacionales, mediante un control de las variables que inciden sobre la reproducción social, en particular de los sectores de la población efectiva o potencialmente vinculados con los mercados de trabajo. Una formulación más precisa al respecto sería aquella que redefine la "política de población" como un "modelo de control de los modos de reproducción de las clases trabajadoras [así como la disposición de] los medios tecnológicos, ideológicos, políticos y financieros para llevarlo a cabo".[4]

Otra aproximación teórico-crítica se ha desarrollado, de manera no muy sistemática todavía, a partir de los enfoques estructuralistas y post-estructuralistas relativos a la "gestión biopolítica" del cuerpo y de las poblaciones humanas. Bajo esta mirada, las políticas en materia de población

[3] Este enfoque, tanto en lo general como en su aplicación a las políticas de población, se encuentra muy difundido, pero es también menos sistemático que el de ciencia política clásica. Su origen se ubica en las llamadas *policy sciences*, como lo explican Aguilar *et al*. (1996). Numerosos trabajos sobre población asumen implícitamente este enfoque, al abordar políticas específicas relacionadas con diversos fenómenos poblacionales, de salud reproductiva, de género y otros.

[4] Además de múltiples artículos de "crítica marxista" sobre las políticas de población (principalmente las inspiradas en el "neomalthusianismo"), destaca la formulación mucho más completa y rigurosa de Astorga (1987), quien formula la definición citada.



expresarían la interacción de una serie de micropoderes concernientes a la sexualidad, el género, las identidades grupales y otras dimensiones humanas, inmanentes a toda formación social, entre los cuales puede jugar un papel dominante, en ciertas circunstancias, el poder estatal, pero cuyo ámbito y alcance es mucho más complejo. Parafraseando la anterior reformulación de las políticas de población, podría decirse que éstas se visualizarían como "modelos particulares de gestión biosocial y biopolítica, en función de intereses, poderes e interacciones específicas, así como de la dinámica de los conflictos micro y macrosociales".[5]

Los cuatro enfoques mencionados no son excluyentes *per se*, aun cuando nos conducen a distintas dimensiones de los fenómenos vinculados con las políticas de población. En todo caso, es importante no olvidar ni perder de vista cualquiera de ellos, ya que el discurso político o el académico pueden a veces centrarse demasiado en alguna perspectiva conceptual. Podría pensarse que estos cuatro enfoques se ubicarían alrededor de dos ejes que se cruzan entre sí: por una parte, la dimensión macro-micro, que va desde la hipotética integralidad de los elementos de la política, hasta la particularidad específica de éstos; por otra parte, el eje que transcurre entre el mero análisis funcional e instrumental (que buscaría hacer más eficaces y eficientes los medios de las políticas), hasta el examen crítico y explicativo de los procesos sociales y políticos que están detrás, por debajo o por encima de los instrumentos y los "resultados". En torno a estos dos ejes, por supuesto, deberían sumarse y enriquecerse otros enfoques, además de los aquí mencionados. Éste es un desafío particular para la investigación y para el pensamiento sobre población y desarrollo.

EL DESARROLLO HISTÓRICO: UN SIGLO DE POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN MÉXICO

Cualquier examen histórico se topa con el reto de las periodizaciones. ¿Cómo delimitar o establecer lapsos determinados en el curso continuo de los procesos y los acontecimientos? En todo caso, es recomendable utilizar

[5] La principal fuente de inspiración teórica de este enfoque se encuentra en los trabajos de Michel Foucault. Su aplicación en el análisis de políticas de población ha sido un tanto fragmentaria, pero ha estimulado interesantes acercamientos a la "microfísica" de la sexualidad, los placeres, los controles institucionales y otros elementos relevantes para estas políticas.



heurística e incluso provocativamente los periodos propuestos, de tal manera que por sí mismos motiven la reflexión e inviten a ver de distinta manera los hechos sociales. Por ejemplo, en la primera década de este siglo se ha insistido, por la vía de diversas publicaciones y conmemoraciones, en los "30 años" cumplidos por la política o la legislación actual sobre población en México. Esta referencia temporal es obvia, dado que entre 1973 y 1974 se estableció el marco jurídico e institucional que, de una manera u otra, continúa vigente en el país. Sin embargo, cabe preguntarse qué significa realmente este periodo en cuanto al proceso de desarrollo de las políticas de población y cómo puede ubicarse en una visión histórica más amplia. A este propósito busca servir la sucinta exposición que sigue, la cual debe casi todo a diversos recuentos, unos más descriptivos y otros más analíticos, que se han hecho entre los años ochenta y la actualidad sobre la evolución de las políticas de población en México.[6]

La primera cuestión es la planteada en el subtítulo previo: *Un siglo* de políticas de población en México. ¿No eran sólo treinta y tantos años? La tesis que aquí se propone es precisamente que la formulación de políticas de población en México está cumpliendo ya un siglo, dado que se iniciaría en los albores de la Revolución de 1910. Otra tesis es que el periodo específico de los "treinta y tantos años" de la actual política de población, en los hechos, ha concluido ya y aún no se identifica con claridad si habrá un periodo subsecuente y qué características tendrá en los próximos años. Pero antes de retomar estas tesis en el siguiente apartado, abordemos sucintamente el desarrollo histórico de estas políticas en México.

El nacimiento del llamado "México independiente", a partir de 1821, trajo consigo experiencias traumáticas, que conducirían a reafirmar una percepción y una voluntad políticas fuertemente poblacionistas. Tal fue el caso, sobre todo, de la pérdida de la mitad del territorio nacional a manos de la expansionista Unión Americana, a lo cual contribuyó el secular despoblamiento de las regiones septentrionales del país, además del propio centralismo político heredado de la Colonia. Posteriormente, las guerras de Reforma y el triunfo liberal sobre el llamado Segundo Imperio llevarían al intento de aplicar un modelo de desarrollo basado en la propiedad privada agraria, con el consecuente énfasis en las políticas de colonización y de fo-

[6] Para mencionar algunos de los principales trabajos que abordan el desarrollo histórico de las políticas de población en México, unos de naturaleza más descriptiva y otros más analítica, pueden citarse: Martínez (1987), Sandoval (1988), Jiménez *et al*. (1992), Zavala (1992), Cabrera (1994) y Sandoval (1994).



mento a la inmigración extranjera. El primer periodo prolongado de consolidación del Estado nacional, comúnmente conocido como el Porfiriato, sentaría también las bases de una "cultura estadística" en la administración pública, dentro de la cual los censos de población y los registros vitales permitirían alimentar las deliberaciones sobre la demografía del país y las eventuales políticas a ser adoptadas en esa materia.

Es todavía en este periodo cuando se inaugura también la reflexión política sobre la población del país y sus características, frente a los horizontes del progreso nacional, como se solía decir. Una obra clave en este sentido, que podemos considerar pionera en el planteamiento de lo que vendría a ser una política de población en México, fue la de Andrés Molina Enríquez, titulada *Los grandes problemas nacionales* y publicada hace precisamente un siglo (en 1909). Esta obra no sólo fue una fuente de inspiración para los ideólogos y políticos de la inminente Revolución de 1910, sino que incluía de manera muy interesante reflexiones sobre el papel de la población en el desarrollo del país. En particular, se destacaban tres dimensiones principales: su distribución en el territorio, su composición o "construcción social" y la "conformación de su unidad socioetnológica", dentro de la cual el mestizaje y el papel de las clases medias rurales serían esenciales.

Las exclusiones y desigualdades sociales características del Porfiriato, así como el anquilosamiento de una élite política, desembocaron en una revolución que daría lugar a una amplia reestructuración social y política. Dentro de ella muy pronto se formalizaría un poblacionismo oficial y explícito. Las condiciones objetivas y subjetivas del momento eran congruentes con esa posición. Demográficamente, el país iniciaba la primera etapa de su transición demográfica con tasas sostenidas pero moderadas de crecimiento y con una ocupación muy irregular de su territorio. Económicamente, el nuevo impulso al desarrollo agrícola e industrial requería de una fuerza de trabajo y de un mercado interno en expansión.En la cuestión ideológica, una población creciente representaba la personificación misma de la integración nacional y de la construcción del país, en el marco de una gran fusión étnica, social y política. En torno a estas ideas confluirían los teóricos e ideólogos del nuevo nacionalismo, como Manuel Gamio, quien desde la década 1910-1919 propugnó por una nueva orientación del progreso, centrada precisamente en el concepto de población.[7]

[7] Además de la monumental obra de investigación *La población del Valle de Teotihuacan*, donde este autor plasmó su concepción socioantropológica, es interesante consultar



Había ya, sin embargo y como muestra de un cambio cultural irreversible, otras visiones dentro de ese ambiente poblacionista, varias de las cuales surgían de la "periferia interior" del país, es decir, de sus estados y regiones. Cabe destacar, entre otras, la celebración en Mérida, Yucatán, del Primer Congreso Feminista de México en 1916, dentro del cual se discutieron temas como los derechos de la mujer y la paternidad y la maternidad responsables. Un año después, la Convención Regional Obrera reconocía en Tampico, Tamaulipas, el derecho a "evitar la procreación ilimitada". Estos movimientos encontrarían el apoyo del gobierno progresista de Felipe Carrillo Puerto en Yucatán; así, en 1922 se realizaría en dicho estado el Congreso Nacional Feminista y se apoyaría la publicación de *La brújula del hogar. Medios seguros y científicos de evitar la concepción*, pequeña pero significativa obra de Margaret Sanger. El propio gobierno de Yucatán, ante la reacción conservadora desatada por ello, señalaría que "mientras subsista el fenómeno de la supernatalidad [...] la emancipación económica del trabajador será un hecho cada día más lejano".[8]

Estas iniciativas, empero, no alcanzaban todavía a incidir en las decisiones políticas nacionales en materia de población, que continuarían por medio siglo apegadas a la visión poblacionista. Ésta habría de formalizarse pronto, en lo teórico, mediante de la obra de Gilberto Loyo y, en lo jurídico, por medio de la primera Ley General de Población. En su obra principal, Loyo (1935) desarrollaría un planteamiento integral de análisis y de políticas en la materia, en el cual se reconocía la existencia de tres grandes "deficiencias" poblacionales (en cantidad, en calidad y en distribución territorial), a las cuales era necesario dar una respuesta específicamente demográfica (expansión, impulso al crecimiento) y otras relacionadas con el poblamiento del territorio (colonización, creación y fortalecimiento de núcleos de población) y con la política social en términos más amplios (fomento de la educación y la salud, fusión étnica, etc.).

La unidad de esta concepción se incorporó en la mencionada ley, promulgada en 1936, y se tomó en cuenta para la formulación del primer Plan Sexenal de Gobierno (1934-1940); sin embargo, no se tradujo en una definición de instrumentos específicos para su desarrollo, sino más bien en un

---

la formulación de política integral que hizo para orientar las actividades de la nueva Dirección de Antropología (Gamio, 1919).

[8] Referencias particulares y un relato más detallado de los planteamientos y debates políticos sobre población entre los años 1910 y 1970 pueden encontrarse en Sandoval, 1988.



discurso poblacionista continuamente reiterado, acompañado de cierta exaltación ideológica de valores, tales como la maternidad y la elevada fecundidad, así como de políticas y acciones relativamente autónomas en materia de migración, colonización, reforma agraria, industrialización, indigenismo, salud, seguridad social y educación. Todas ellas podían encontrar alguna inspiración o punto de apoyo en dicha ley, pero difícilmente constituían un conjunto articulado de estrategias y acciones de política.

A lo largo de las tres décadas siguientes a la ley de 1936, el contexto y los referentes de la política de población fueron cambiando significativamente, tanto en escala internacional como en México. El crecimiento de la población mundial, ya en pleno ascenso desde fines del siglo XIX, se ve no sólo acelerado, sino cada vez más polarizado debido al desfase entre países ricos y pobres; se adopta generalizadamente, con distintos matices, el "Estado benefactor" como agente privilegiado del "desarrollo" y la "justicia social"; asimismo, a partir de la segunda guerra mundial se crea una nueva comunidad internacional, formalizada en la Organización de las Naciones Unidas, que será factor clave para la promoción y legitimación de diversas iniciativas económicas y sociales.

En ese contexto y también en el nivel internacional, se estructuran rápidamente, a partir de 1950, un discurso y un conjunto de instrumentos de política en materia de población. La identificación del acelerado crecimiento demográfico como el mayor problema de población en el mundo, y en particular en casi todos los países en desarrollo, así como el establecimiento de mecanismos de regulación de la fecundidad, sobre todo mediante la acción de los sistemas de salud, como la principal herramienta para resolverlo, se convierten en elementos centrales (ya sea por medio de su adopción, su rechazo o su adaptación) para la eventual definición de políticas de población en el ámbito nacional.

México no podía ser la excepción, si bien presentaba rasgos singulares. Uno de ellos era la persistencia del discurso poblacionista, en parte hecha posible por el sostenido periodo de alto crecimiento económico registrado por el país desde la posguerra hasta los años sesenta, con tasas de crecimiento del producto que casi duplicaban el ya elevado incremento demográfico. Como parte de ese discurso, se reconocía la magnitud del reto que significaba para el desarrollo el alto crecimiento poblacional, pero explícitamente se excluía la alternativa de actuar sobre dicha variable, como no fuera por del mejoramiento general de las condiciones de vida. Otra razón era la vinculación original de ese poblacionismo con el discurso nacionalis-



ta inspirado en la Revolución mexicana, elemento legitimador de alto valor para el sistema político. Resulta así explicable que, aún en 1970, el candidato oficial a la Presidencia de la República se acogiera al clásico lema "gobernar es poblar" y rechazara la eventual necesidad de regular el crecimiento de la población.

Esta posición gubernamental, sin embargo, se transformaría poco después. Paradójicamente, este giro se vería facilitado por la propia existencia de una política de población previa —aun siendo ésta de corte expansionista—, toda vez que constituía un reconocimiento de la legitimidad de la acción pública en materia demográfica y establecía un "terreno ganado" por el Estado, sobre el cual se podían hacer, de manera igualmente explícita, las reformas que resultaran necesarias. En este sentido, también fue de enorme importancia el carácter expresamente laico del Estado mexicano, definido desde el triunfo de la Reforma liberal en el siglo XIX, sobre todo si comparamos la experiencia de México frente a la de numerosos países donde el Estado continuó teniendo, después de su independencia y con distintos matices, un carácter confesional.

Factores desencadenantes del cambio de orientación de política fueron, entre los más importantes, los siguientes: el agotamiento del modelo de "desarrollo estabilizador" basado en la industrialización sustitutiva de importaciones y en el corporativismo sindical y agrario; la contundencia de las perspectivas demográficas del país, analizadas y difundidas por destacados académicos mexicanos; la difusión internacional del conocimiento y la información sobre la población y los posibles programas e instrumentos para la acción en ese campo; así como la coyuntura propiciada por la apertura ideológico-política del gobierno federal, a partir de los profundos conflictos sociales y políticos de la década de los sesenta y principios de los setenta.

Así, el replanteamiento de uno de los objetivos centrales de la política de población vigente hasta entonces (el impulso al crecimiento demográfico) y la expresión de la necesidad de actuar para su regulación o disminución, hecha pública en declaraciones del Ejecutivo Federal en 1972, condujeron al establecimiento de los primeros programas públicos de orientación y servicios en materia de "paternidad responsable" y "planeación familiar" ese mismo año. Poco después, se abrió el proceso legislativo que habría de conducir a la promulgación de una nueva Ley General de Población a fines de 1973 y al establecimiento del Consejo Nacional de Población (Conapo) en 1974. La rapidez con que se dio este proceso de redefinición fue posible,



asimismo, por una amplia capacidad de conducción política del gobierno federal, mediante canales formales e informales, con los diversos sectores y grupos de la sociedad más sensibles o involucrados con los temas de población. Finalmente —*last but not least*, como dicen los angloparlantes—, tendría un peso significativo la presencia de una "demanda social" (y particularmente, de las mujeres) en cuanto a disponer de medios más seguros para decidir sobre la propia fecundidad e incluso la progresiva extensión de un nuevo comportamiento demográfico en las llamadas "mujeres pioneras" de esta transición, desde fines de los años sesenta (Zavala, 1992).

Este breve relato histórico nos conduce al periodo que algunos denominan "la actual política de población de México", que en lo formal muestra una aparente continuidad y que estaría rondando los 35 años de duración, según el punto de referencia que se adopte. No es el propósito de este trabajo hacer un recuento pormenorizado de su desarrollo, el cual ocuparía muchas páginas aun cuando sólo se intentara resumir la ya extensa serie de documentos oficiales de política, informes de avance y análisis sobre el tema.[9] En cambio, puede ser de mayor utilidad, en el marco de una obra comprensiva como la presente, tratar de identificar y aproximarse a una apreciación de sus rasgos más relevantes, a saber:

a] *El establecimiento de una definición multisectorial de política y de un esquema interinstitucional de coordinación*. Frente a la experiencia de otros países, que han adoptado esquemas predominantemente sectoriales (generalmente centrados en los servicios de salud), la política de población de México se concibió como una suma de componentes sectoriales y con un mecanismo de coordinación intersectorial, expresado en la conformación misma del Conapo (integrado originalmente por ocho y actualmente por 12 dependencias del Ejecutivo Federal). En este aspecto, resulta notable la carencia de mecanismos formales de vinculación de este instrumento gubernamental con la sociedad civil en su más amplio sentido, más allá de los contactos informales o indirectos (aun cuando sean frecuentes) con institu-

[9] Entre la bibliografía al respecto, es relevante la serie de programas nacionales de población desde 1984, así como los diversos informes de ejecución que, con periodicidad anual o multianual, ha elaborado y publicado el propio Conapo. Un informe comprensivo y con mayor riqueza analítica es el relativo a los 10 años de ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en México, conocido como "CIPD+10" (Conapo, 2004). Se espera que en 2009 sea publicado el correspondiente Informe Nacional CIPD+15.



ciones académicas, organizaciones no gubernamentales y algunas otras instancias.

b] *La formulación de planes o programas nacionales como expresiones sexenales de la política de población*. Con el antecedente de una primera "Política Demográfica Nacional y Regional 1978-1982", a partir de 1984 se han venido elaborando programas nacionales de población (PNP) para cada administración federal, en un ejercicio de planeación que en sí mismo constituye todo un desafío, dado el marcado carácter sectorial de las políticas públicas y del aparato gubernamental en México. Cada uno de los cinco PNP hasta la fecha (1984-1988, 1989-1994, 1995-2000, 2001-2006 y 2007-2012) incluye una serie de componentes (denominados inicialmente "programas específicos" y, después, "subprogramas", "líneas de acción", "retos", etc.), mediante los cuales se busca responder a distintos ámbitos de la problemática de población e integrar en ellos las acciones de los diversos sectores para el logro de objetivos comunes.[10]

c] *La formulación de metas cuantitativas en materia del crecimiento natural de la población y, consecuentemente, de los niveles de fecundidad*. Éste ha sido sin duda uno de los elementos programáticos más influyentes y cohesionadores de la política de población. Inicialmente (entre 1974 y 1976) se había excluido de manera expresa su formulación, pero en 1977 se decide, con la aprobación política del más alto nivel, establecer una meta de crecimiento demográfico de 1% en el país para el año 2000. De ahí habrían de derivarse metas específicas en materia de fecundidad y de prevalencia de uso de anticonceptivos para periodos más específicos y en distintos niveles de desagregación territorial, así como continuos ejercicios de evaluación programática, no exentos de fricciones y debates entre unas instancias y otras involucradas en el desarrollo de los programas. Cabe destacar que, aun cuando en ciertos periodos se intentó formular metas concernientes a la migración interna y la distribución espacial de la población, éstas no se han llegado a consolidar y han carecido de continuidad y de relevancia política para los diversos sectores.

[10] La lista de estos componentes o programas específicos presenta una misma lógica en todos los periodos, bajo distintas denominaciones y desagregaciones. Por una parte, se encuentran los componentes "centrales" de la política de población: planificación familiar y/o salud reproductiva; información, educación y comunicación; migración y distribución de la población. Por otra, los componentes enfocados a grupos de población específicos: mujeres, jóvenes, indígenas, etc. Finalmente, los de tipo "coadyuvante": descentralización, investigación, movilización de recursos, etcétera.



d] *La presencia fluctuante de una concepción de derechos, libertades y empoderamiento de las personas (principalmente de las mujeres) en torno a las decisiones principales relacionadas con el comportamiento demográfico*. En aparente contrapartida del establecimiento de metas demográficas, la política de población ha destacado, desde su reformulación en 1973, el papel principal de los derechos y las capacidades de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. La propia definición de "planeación familiar" en México, desde su origen, la establece como un derecho individual y no como una regulación impuesta. Más adelante, la incorporación de conceptos como los de "derechos sexuales y reproductivos" ha encontrado formulación explícita en los programas de población, si bien la relevancia y prioridad efectivas otorgadas a los mismos han cambiado notablemente entre unas administraciones y otras, reflejando distintas actitudes y concepciones de los propios responsables de las políticas en la materia. Similares cambios en las prioridades políticas se han observado en campos muy relacionados con la política de población desde su origen, como es el caso de la "educación sexual y la educación en población", fuertemente impulsadas en ciertos periodos, pero no así en otros.

e] *La persistente dificultad para dar contenido efectivo a ciertos capítulos o componentes de la política de población*. Dentro del esquema multisectorial de la política de población de México, se incluyen temas sobre los cuales se cuenta con información en profundidad y con valiosos elementos de diagnóstico, pero cuya traducción en políticas y programas específicos ha sido reiteradamente limitada. Tal es el caso, por ejemplo, de los temas relacionados con la "distribución espacial de la población", reflejados de manera parcial e indirecta en políticas de desarrollo urbano, ordenamiento territorial y otras análogas; así como los relativos a la "población y los pueblos indígenas", sobre los cuales se incluía, desde 1984 y hasta el periodo 2001-2006, un capítulo específico en los PNP, con cierta representatividad en otros programas institucionales, pero el cual ha desaparecido ya en el programa 2007-2012.[11]

[11] El tema de la limitada consideración de los pueblos indígenas en las políticas de población es relevante, tanto por los marcados rezagos que afectan a este grupo de población, como por el desafío de hacer realidad el pleno ejercicio de los derechos indígenas y la "multiculturalidad" del Estado mexicano. Véanse, entre otros, los cuestionamientos de Valdés *et al*. (1986), Sandoval y Fernández (2004), Sandoval y Loggia (2007) y Vázquez (2008).



f] *El desarrollo de un esquema de promoción y coordinación de políticas de población en las entidades federativas del país*. Una de las particularidades y de las experiencias más interesantes de la política de población de México ha sido el proceso de descentralización o de fortalecimiento del federalismo en esta materia. Como se sabe, a pesar de la estructura formalmente federalista del Estado mexicano, a lo largo de historia la conducción de sus políticas ha sido marcadamente centralista, lo cual justifica hablar de "descentralización" en cuanto a los procesos seguidos en varios sectores (salud y educación, sobre todo) y en materia de población, desde los años ochenta. Las principales figuras institucionales han sido, a este respecto, los consejos estatales de población, cuya creación comenzó en 1984 y cuya experiencia muestra logros importantes, pero también desigualdades importantes entre las entidades federativas, así como de unas administraciones estatales a otras. Eventualmente, algunos estados han establecido leyes estatales de población, planteando con ello cuestiones importantes y todavía no resueltas del todo, en cuanto a las respectivas atribuciones del gobierno federal y los gobiernos estatales en la materia.

Otros aspectos particulares de las políticas y, sobre todo, de los programas de población podrían mencionarse y profundizarse. Este examen sería parte de la sistemática investigación evaluativa que debería llevarse a cabo de manera más continua y sistemática en torno a las cuestiones de población y otras áreas de política cercanas a ellas. Entre tanto, esta breve recapitulación histórica desemboca en lo que podríamos caracterizar como un periodo de transiciones múltiples, complejas e inacabadas, es decir, el inicio del siglo XXI.

Algunos de los elementos en juego para las políticas de población en México son los siguientes: el logro de la meta de 1% de crecimiento demográfico, a mediados de la década 2001-2010, alcanzada con cierto retraso y con la "ayuda" de una creciente emigración de mexicanos; la necesidad inaplazable de una nueva valoración política, amplia, participativa y rigurosa de los escenarios demográficos a mediano y largo plazos; la nueva conformación del poder y los actores políticos, cambiante y aún por definirse en muchos ámbitos, tanto nacionales como internacionales; una notable capacidad institucional en temas de población, producto de varias décadas de investigación, formación de recursos humanos y desarrollo de programas; todo esto en el marco de una población cada vez más móvil, activa y consciente de sus derechos, pero que enfrenta profundos rezagos y desigualdades que limitan el efectivo ejercicio de éstos.



EL BALANCE Y LOS DESAFÍOS

El breve recorrido por un siglo de políticas de población en el país nos conduce a intentar un primer balance de la experiencia, traducido en desafíos que se habrán de enfrentar en el presente, pero sobre todo en los próximos años. Algunos de estos desafíos son ya viejos y se vuelven a encontrar reiteradamente; otros son más nuevos y responden a los escenarios emergentes de la población, la sociedad y la política. De una manera u otra, podemos agruparlos en dos grandes temas provisorios, que expresan a su vez dos requerimientos ineludibles: el de reexaminar la racionalidad que debería dar sustento a las políticas y el de formular nuevas orientaciones y contenidos para las mismas, a partir de una evaluación más completa y rigurosa de sus procesos y sus resultados.

Repensar la racionalidad de las políticas

Una cuestión central en cualquier proceso de formulación o redefinición de políticas de población es la de clarificar al máximo la racionalidad que justifique los fines u objetivos de las mismas. Es frecuente que el discurso técnico-político pase por alto el riguroso análisis de dichas racionalidades y de sus supuestos teóricos y empíricos, sobre todo cuando el ambiente en el que se desarrolla la agenda política está dominado por ciertas (pre)concepciones y supuestas evidencias sobre el desarrollo y el papel de los fenómenos poblacionales. Éste ha sido el caso, por ejemplo, de la formulación de algunas políticas nacionales en la época en que predominaba un enfoque neomalthusiano sobre las consecuencias del rápido crecimiento demográfico; pero también se ha dado —más recientemente— bajo un signo ideológico diferente, cuando en ocasiones se ha rechazado *a priori* cualquier prospección o política demográfica, en nombre de la sola promoción de los derechos individuales en el ámbito reproductivo.

Las lecciones aprendidas de diversos países en este campo indican que no es congruente mantener ciertas metas demográficas derivadas de esquemas posiblemente superados, mientras que se van incorporando, aquí y allá, elementos y términos de moda, sobre "capacidades", "oportunidades", "derechos", etc. Para que las políticas de población puedan ejercer una influencia real y positiva en el contexto actual del debate y la reformulación tan necesaria de las políticas de desarrollo, debe realizarse un examen crí-



tico de los fundamentos de su racionalidad económica y social, así como una redefinición coherente de su discurso, sus metas y sus líneas de estrategia. A su vez, un momento fundamental para esta redefinición conceptual sería profundizar en el análisis y avanzar en una nueva síntesis de las relaciones entre las diversas dimensiones del desarrollo y los fenómenos poblacionales. Repasemos algunas de las lecciones y los desafíos en este sentido, que se desprenden de la experiencia de México.

Tenemos ante nosotros dos realidades incuestionables: el crecimiento de la población de México ha descendido notablemente en los últimos 30 años, con la consecuente modificación de los escenarios demográficos que se habían proyectado a principios de los años setenta (40 millones más de mexicanos sería una diferencia muy significativa, desde cualquier punto de vista que se considere). A la par, el desarrollo económico y social ha sido relativamente sostenido, pero también contradictorio, errático y fluctuante en muchos aspectos. De ahí que se justifique preguntar si dicha reducción del crecimiento demográfico ha tenido, como parecía esperarse, un claro efecto favorable en el desarrollo de país. Es difícil responder de manera concluyente a esta pregunta, pero sería útil, por lo menos, tener claridad sobre las distintas formas como se ha concebido —explícita o implícitamente— esta supuesta relación causal, así como sobre las evidencias empíricas de que disponemos en cada caso.

Una primera conceptualización (tal vez la dominante entre los años sesenta y principios de los setenta del siglo pasado) era la de tipo "macroeconómico", según la cual un elevado crecimiento demográfico constituía, tarde o temprano, un importante obstáculo al crecimiento sostenido del producto interno y el producto per cápita, especialmente en los llamados países en desarrollo. A ello abonaban diversos argumentos y cálculos económicos, basados sobre todo en la ponderación del ahorro y la inversión en escala nacional, *vis-à-vis* la creciente demanda de bienes y servicios asociados a una población rápidamente creciente. Ahora bien, ¿qué ha sucedido?

El crecimiento demográfico bajó de forma drástica, en alguna medida (difícil de precisar) gracias a las acciones de planificación familiar enmarcadas en la entonces nueva política de población. Con el retraso y el sesgo migratorio ya mencionados antes, finalmente se logró la meta establecida en 1977 y el país se dirige, en pocas décadas más, a la nunca asumida pero siempre subyacente meta del "crecimiento cero" o la "estabilización de la población". En cambio, el crecimiento del producto interno bruto (PIB), desde los años ochenta, ha experimentado bruscos descensos y ciertas recupe-



raciones, pero siempre lejos de los niveles históricamente más elevados (entre los años cincuenta y setenta), justo cuando la población crecía también de manera continua y sostenida. Tal vez debido a esta confluencia entre un logro de la principal meta demográfica y la independencia de las fluctuaciones del PIB, esta perspectiva ha perdido su otrora dominante lugar en el discurso técnico-político, tanto en el nivel nacional como en el internacional.

Otro enfoque conceptual empezaba a perfilarse en los años setenta, si bien nunca llegó a tener el mismo peso en las decisiones políticas: se trata de la perspectiva de la "economía ambiental" y de la "ecología humana", ahora expresada en la idea del "desarrollo sustentable". Desde este punto de vista, el acelerado crecimiento demográfico aparecía, nuevamente, como una amenaza a la sustentabilidad ambiental, ya fuera en los ámbitos mundial, regional o local. En un contexto en el que los criterios de sustentabilidad han estado prácticamente ausentes de las políticas de desarrollo económico del país, resulta muy difícil determinar si la reducción del crecimiento demográfico ha contribuido a reducir las múltiples formas de deterioro ambiental. En todo caso, México continúa ocupando uno de los primeros lugares mundiales en cuanto a las tasas de deforestación, mientras que casi la mitad del suelo del país muestra ya distintos grados de degradación, y los costos por el agotamiento y la degradación ambiental representan alrededor de 10% del PIB nacional, para mencionar sólo algunos datos oficiales (Semarnat, 2005).

De manera complementaria a los argumentos "macro", desde los inicios de la actual política de población se perfiló otra posible racionalidad para su fundamentación, derivada de la "economía familiar o doméstica". Trasladando algunas nociones macroeconómicas al ámbito de los hogares, se planteó que una disminución del número de hijos traería consigo, *ceteris paribus*, una mayor capacidad de ahorro familiar y mejores posibilidades de inversión per cápita en la manutención y el desarrollo de todos los miembros del hogar, especialmente los hijos. Dicho de otra manera, "la familia pequeña vive mejor", como reza el más célebre y popular eslogan lanzado por esta política. Pronto habrían de cuestionarse estas expectativas, a partir del análisis de las tendencias sociodemográficas de las últimas décadas. Algunos investigadores llegaron a plantear, desde los años ochenta, que "la familia es más pequeña *porque vive peor*", a la luz de las sucesivas crisis económicas y sus impactos en términos de pobreza, así como de la reconstrucción más fina de los comportamientos demográficos, gracias a la disponibilidad de encuestas cada vez más ricas y desagregadas.



Desde mediados de los noventa, una cuarta perspectiva conceptual parece emerger como dominante en el discurso de las políticas sociales y, en parte, en el de la política de población. Tal vez, dadas las diversas dudas y cuestionamientos generados por los anteriores enfoques, la atención predominante se ha dirigido a cierta interpretación de las teorías de Amartya Sen cuyas tesis han dado pie a una visión "políticamente correcta" (para la hegemonía del mercado y su "mano invisible") de los derechos y las libertades humanas. Así, esta nueva "economía de las capacidades", muy relacionada con la del "capital humano", nos plantea un escenario de alguna manera más modesto: el ejercicio de ciertas decisiones y derechos en el ámbito reproductivo contribuiría a ampliar el desarrollo de capacidades (individuales y colectivas) para que las personas estén en mejores condiciones de competir —o al menos, sobrevivir— en las inciertas aguas de una economía de mercado cada vez más "desregulada" y globalizada.[12]

Existen, por supuesto, otros argumentos más sólidos para promover decididamente el pleno ejercicio de los derechos de las personas en los ámbitos sexuales, reproductivos y demográficos, desde el ángulo de las reivindicaciones sociales mismas. La cuestión, desde el punto de vista de la interrelación de población y desarrollo, sería determinar si este ejercicio de los derechos, en el cual se ha progresado consistentemente, pero también con grandes rezagos y desigualdades,[13] está contribuyendo de forma efectiva a una superación de los fenómenos de pobreza, desigualdad, exclusión y marginación; o bien, si apenas los está paliando o mitigando de manera colateral.

No se trata de negar las importantes contribuciones de la política y los programas de población durante las últimas cuatro décadas. Aun cuando las tendencias del desarrollo económico y social del país muestran un pa-

[12] No podemos perder de vista la traducción de esta perspectiva en la insistencia sobre el "bono demográfico" que se agrega a lo que algunos han llamado "bono de género". Ambos constituirían, supuestamente, "ventanas de oportunidad" derivadas del incremento cuantitativo y cualitativo (capacidades) de la fuerza de trabajo. Las limitaciones de este "optimismo demográfico" (falta de creación de empleos y de inversión productiva, pérdida del bono en la emigración, etc.) reflejan las de la propia "economía de las capacidades", desvinculada de los procesos de desarrollo en un sentido más amplio.

[13] El progreso es indudable, pero también los rezagos: después de 35 años de programas públicos de planificación familiar en México, más de la cuarta parte de las mujeres indígenas todavía carecen de acceso real a los servicios y de la posibilidad efectiva para decidir sobre su fecundidad, aun cuando expresamente desean hacerlo (estimaciones del Conapo sobre demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres unidas hablantes de lengua indígena, con base en datos de la Enadid (Conapo, 2006).



norama difícil y contradictorio, que continúa siendo profundamente desigual y excluyente, siempre se puede plantear que, de no haberse avanzado en la promoción del derecho a la planeación familiar, en la capacidad de decisión de cada vez más personas al respecto, así como en las consecuencias que este ejercicio ha tenido para la reducción de la fecundidad, de la mortalidad materna e, incidentalmente, del crecimiento demográfico, la situación podría haber sido peor, en términos de pobreza, marginación y mayor exclusión social. Es difícil decir hasta qué punto la información, los instrumentos analíticos y las herramientas teóricas con que contamos permitan dilucidar este tipo de implicaciones, pero sin duda debemos tenerlas muy en cuenta como hipótesis y desafíos para la investigación. Y el avance en estos aspectos será imprescindible para la adecuada reformulación de "las razones de una política de población" para el siglo XXI.

Avanzar en una reformulación integral de las políticas

El somero examen de los argumentos que sustentan la racionalidad de las políticas de población, así como el nuevo entorno demográfico, político, social y económico del país muestran claramente la necesidad de una reformulación integral de sus contenidos y estrategias. Un aspecto fundamental para llevar a cabo esa tarea será, además, la evaluación más completa y sistemática de sus resultados y sus procesos.

Desde el punto de vista de los resultados o efectos esperados de las políticas de población, al menos tres dimensiones sobresalen como esenciales: *a*] evaluar el grado y la forma en que se ha logrado incidir en los indicadores relacionados con el crecimiento natural de la población y sus principales determinantes, en los ámbitos de la fecundidad, la salud reproductiva y la mortalidad; *b*] evaluar los avances y los rezagos en el ejercicio de los derechos individuales y sociales más vinculados con el comportamiento demográfico, incluyendo de manera especial los derechos de las mujeres, de los jóvenes, de los adultos mayores y de los pueblos indígenas y, *c*] evaluar la contribución de las políticas de población a los procesos de desarrollo nacional y regional en un sentido más integral, incluyendo particularmente la dimensión espacial o territorial de los mismos.

Una evaluación de este tipo de resultados supone ir más allá de las constataciones demográficas o estadísticas en cuanto a las tendencias ob-



servadas. La interconexión de estas tendencias con las políticas públicas exige el desarrollo de "indicadores intermedios" adecuados, así como de modelos causales probados y sistemas de información eficientes, entre otros aspectos, sobre los cuales existen indudables avances en el país, pero también grandes vacíos e inconsistencias.

Otra dimensión de la evaluación de las políticas radica en sus procesos e instrumentos de diseño, implementación y coordinación, lo cual nos conduce al campo de los "análisis institucionales y de políticas", relativamente poco desarrollados y menos aplicados todavía en el caso de las políticas de población en México. Varias de las dimensiones transversales o "adjetivas" de los programas de población exigen este análisis evaluativo, entre otras: *a*] la llamada "integración de las variables demográficas en la planeación del desarrollo", que por sí misma no implica una política de población, sino una exigencia general de todos los procesos de planeación sectoriales o territoriales en cualquier país; *b*] el "fortalecimiento de capacidades institucionales" vinculadas con las políticas de población, en los niveles nacionales, estatales y locales, incluyendo las estrategias de formación de recursos humanos y de acervos técnicos y de información; *c*] el empoderamiento de los individuos, las comunidades y la sociedad civil en general, no sólo como "beneficiarios" o "demandantes", sino como sujetos activos de las políticas y los programas; *d*] el desarrollo del conocimiento, la información, la investigación y la docencia en materia de población y temas afines (salud reproductiva, sexualidad, género, etc.), y *e*] la eficiencia y congruencia de los mecanismos institucionales de diseño, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y los programas, en los niveles centrales y locales.

Los resultados de una evaluación integral de todos estos aspectos podrían ser la base para un proceso consecuente de reformulación de las políticas de población, en el cual por lo menos tres ejes deberían confluir:

• *La conformación de un nuevo diagnóstico y, sobre todo, una nueva problematización de los fenómenos poblacionales en el país y sus relaciones con el entorno regional y mundial*. Es verdad que los diagnósticos gubernamentales (plasmados regularmente en los sucesivos PNP) y los resultantes de la investigación académica han sido cada vez más ricos y pormenorizados. Sin embargo, la extensa lista de cuestiones o rasgos problemáticos que se derivan de los mismos ha conducido a cierta dispersión, desde el punto de vista del diseño de políticas públicas para enfrentarlos. Muchas de tales cuestiones parecen concernir, de hecho, a otras políticas sociales o econó-



micas, y el papel de la política de población y de sus mecanismos institucionales no es muy claro en ese contexto. Un ejercicio integral de problematización, *vis-à-vis* un examen crítico de las políticas públicas y sus respectivos mecanismos, sería fundamental para clarificar el ámbito en que las políticas de población pueden y deben ser eficaces.

• *Un nuevo planteamiento del papel de las políticas de población en la integración del Estado nacional, su relación con la sociedad civil y las estrategias de desarrollo económico, social y cultural en su sentido más amplio*. Como se advierte a partir del estudio histórico de las políticas de población en México, tanto su origen en el periodo revolucionario como su reformulación en los años setenta del siglo XX, corresponden a contextos muy diferentes al de inicios del siglo XXI. Una lectura atenta de la Ley General de Población vigente y de otros ordenamientos jurídicos y administrativos lo muestra con claridad. Ciertamente, en los hechos se ha operado un desplazamiento gradual de la ubicación de las políticas de población, pasando del "interés y la integración nacionales" a los ámbitos de "política social" en sentido restringido; pero, ¿deberá continuarse en esa tendencia o existe la posibilidad de recuperar su aspiración histórica de ser parte de las políticas de desarrollo en su más amplio sentido, como parece indicar la necesidad de un nuevo y más consistente abordaje de temas como los de migración, distribución espacial, ordenamiento territorial y desarrollo regional? ¿Qué implicaría un camino u otro en el contexto de la necesaria pero siempre diferida "reforma del Estado"?

• *El establecimiento de una nueva institucionalidad de las políticas de población*. Todo proceso de redefinición o actualización de políticas públicas implica cambios en la institucionalidad asociada a las mismas, no sólo en lo relativo a los aparatos y mecanismos específicos involucrados en su operación, sino también en cuanto a las relaciones entre los diversos agentes sociales y políticos que participan o influyen en su desarrollo. No se trata sólo de fortalecer y eventualmente redefinir atribuciones de las instituciones pertinentes —lo cual sin duda es necesario—, sino de reformular los mecanismos de vinculación de las instituciones entre sí y de ellas con el complejo y cada vez más diverso entorno social y político, por medio de procesos de diálogo, participación y rendición de cuentas transparentes y continuos.

Estas cuestiones, entre muchas otras, será necesario considerar y profundizar para llegar a tener mayor claridad y una perspectiva más estratégica sobre el papel de las políticas de población en el desarrollo del país, de cara al siglo XXI.



REFERENCIAS

Aguilar, L.F., *et al.*, 1996. *El estudio de las políticas públicas*. México, Miguel Ángel Porrúa.

Astorga, L.A., 1987. *Genealogía y crítica de la política de población en México*. México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

Cabrera, G., 1994. El estado mexicano y las políticas de población, en F. Alba y G. Cabrera (coords.). *La población en el desarrollo contemporáneo de México*. México, El Colegio de México, pp. 345-370.

Conapo, 2004. *Informe de ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*. México, Secretaría de Gobernación-Secretaría de Relaciones Exteriores.

Conapo, 2006. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2006*. Enadid [en línea]. Disponible en <*http://www.conapo.gob.mx/encuesta/enadid/index.htm*>.

Gamio, M., 1919. *Programa de la Dirección de Antropología para el estudio y mejoramiento de las poblaciones regionales de la República*. México, Poder Ejecutivo Federal (reimpreso por el Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 1980).

Heller, H., 1985. *Teoría del Estado*, 11ª reimpr. México, Fondo de Cultura Económica (1ª ed. alemana, 1934).

Jiménez, L., *et al.*, 1992. *Políticas de población en México: un acercamiento a sus planteamientos y efectos*. Cuernavaca, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Loyo, G., 1935. *La política demográfica en México*. México, Partido Nacional Revolucionario.

Loyo, G., 1975. Las deficiencias cuantitativas de la población de México y una política demográfica nacional (original de 1931), en G. Loyo, *Obras*, I: 31. México, Secretaría de Industria y Comercio.

Martínez, G., 1987. *Evolución de la política de población de México*. México, Consejo Nacional de Población.

McIntosh, C.A., y J.L. Finkle, 1995. The Cairo Conference on Population and Development: A new paradigm?, *Population and Development Review* **21** (2): 223-260.

Sandoval, A., 1988. La población de México 1910-1985, en VV. AA, *México: setenta y cinco años de Revolución*, II. *Desarrollo social*, 1. México, Fondo de Cultura Económica-Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, pp. 1-110.

Sandoval, A., 1994. Veinte años de política de población en México: elementos para una recapitulación crítica. México, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (documento inédito).

Sandoval, A., 2002. Población y salud reproductiva. Algunas reflexiones sobre los



cambios en el discurso y en los modelos de acción institucionales durante los años noventa, en B. García (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*. México, El Colegio de México, pp. 181-196.

Sandoval, A., y P. Fernández, 2004. Políticas de población y pueblos indígenas, *Demos. Carta Demográfica sobre México* (16): 26-27.

Sandoval, A., y S. Loggia, 2007. *Las políticas de población y los indicadores sociodemográficos de los pueblos indígenas desde un enfoque de derechos*, ponencia presentada en el Congreso Nacional sobre Poblaciones Indígenas. Pachuca, Red Mexicana de Estudios sobre Poblaciones Indígenas-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Semarnat, 2005. *Informe de la situación del medio ambiente en México*. México.

Valdés, L.M., *et al*., 1986. *¿Existe la demografía étnica?* México, Coordinación de Humanidades, UNAM.

Vázquez, G., 2008. Planeación demográfica participativa de los pueblos indígenas de México, ponencia presentada en la IX Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Mérida, Sociedad Mexicana de Demografía.

Zavala, M.E., 1992. *Cambios de la fecundidad en México y políticas de población*. México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica.




EL COLEGIO
DE MÉXICO
70
AÑOS

Colaboraron en la producción editorial de este volumen:

en El Colegio de México,
la Dirección de Publicaciones,
María del Rocío Contreras Romo, Ana García Sepúlveda,
Juan Miguel García y Lorena Murillo Saldaña (coord.);

en Redacta, S.A. de C.V.,
Antonio Bolívar (coord.)
y Andrea Huerta.
Composición tipográfica y formación:
Socorro Gutiérrez.

Población,
volumen I de "Los grandes problemas de México",
se terminó de imprimir en mayo de dos mil diez,
año del bicentenario de la Independencia y centenario de la Revolución,
en los talleres de Editores e Impresores Profesionales, EDIMPRO, S.A. de C.V.,
Tiziano 144, Col. Alfonso XIII, 01460 México, D.F.





C
M
EL COLEGIO
DE MÉXICO
70
AÑOS